

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1962

THÈSE

N°

654

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean, Georges DELHOMME

Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 19 Novembre 1934, à MONTFERMEIL

Présentée et soutenue publiquement le 5 Juin 1962

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES AMPUTATIONS
SUPRA-VAGINALES DU COL UTERIN
PAR VOIE BASSE

A propos de 40 observations

Considérations clinique, technique, pronostique

Président : Monsieur FUNCK BRENTANO (Professeur)

DACTYLO-SORBONNE

8, Rue Casimir - Delavigne

PARIS - VI°

1967

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

--

Année 1962

N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Jean Georges DELHOMME

Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 19 novembre 1934 à Montfermeil.

--

Présentée et soutenue publiquement
le 5 juin 1962

--

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES AMPUTATIONS
SUPRA-VAGINALES DU COL UTERIN PAR VOIE BASSE

A propos de 40 observations

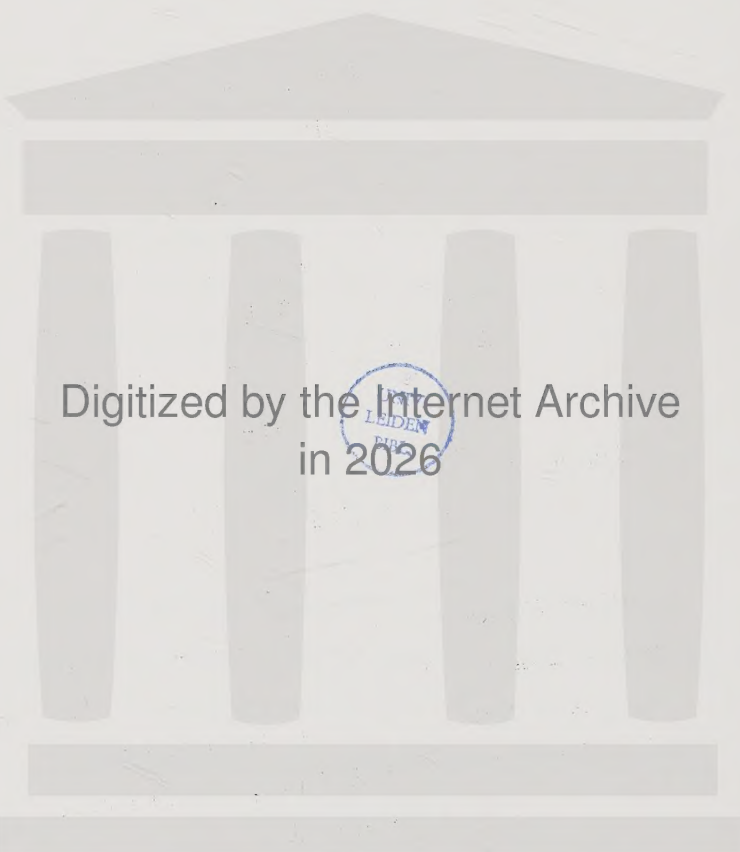
Considérations clinique, technique,
pronostique.

--

Président : Monsieur FUNCK BRENTANO (Professeur)

--

DACTYLO-SORBONNE
8, rue Casimir Delavigne
PARIS
1967



Digitized by the Internet Archive
in 2026



PROFESSEURS HONORAIRES

MM. ALAJOUANINE (T), AUBIN (A), BENARD (H), BINET (L), BULLIARD (H), CATHALA (J), CHABROL (E), CHAILLEY-BERT (P), DEBRE (R), FEY (B), GALLIARD (H), GAUDART d'ALLAINES (F. de), GENNES (L.de), HALPHEN (E), HAZARD (R), HEUYER (G), LAROCHE (G), LAVIER (G), LELONG (M), LEVY-SOLAL (E), LIAN (C), MARCHAL (G), MATHIEU (P), MONOD (R), MOREAU (R), MOULONGUET (P), PASTEUR VALLERY-RADOT (P), PETIT-DUTAILLIS (D), PIEDELIEVRE (R), QUENU (J), RENARD (G), RICHET (C), SENEQUE (J), STROHL (A), TANON (L), VERNE (J).

DOYEN	M. BROUET (G)
1er assesseur	M. BARGETON (D)
2ème assesseur	M. GOSSET (J)

I - PROFESSEURS

I°- CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires

	MM.
Anatomie	DELMAS (A)
Anatomie pathologique	DELARUE (J)
Anesthésiologie	VOURC'H (G)
Biochimie médicale	JAYLE (M.F.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	MALMEJAC (J)
Biologie médicale	FAUVERT (R)
	(BUGNARD (L)
Biophysique médicale	(DOGNON (A)
	(DJOURNO (A)
Cancérologie médicale et sociale	N...
Chimie pathologique	SCHAPIRA (G)
Embryologie	TUCHMANN (H)
Génétique fondamentale	LEJEUNE (J)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	N...
Histologie	GIROUD (A)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J)
Médecine du Travail	DESOILLE (H)
Médecine légale	DEROBERT (L)

Microbiologie (bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R)
Parasitologie	BRUMPT (L.C.)
Pathologie chirurgicale	{ LAURENCE (G) KUSS (R)
Pathologie exotique	N...
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.P)
Pathologie médicale	{ LAROCHE (Cl.) BRICAIRE (H)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J)
Pathologie et thér. générales	N...
Pharmacologie	{ CHEYMOL (J) LEVY (Mlle J)
Physiologie	{ BARGETON (D) PARROT (J)
Physiologie et path.obstétricales	LEPAGE (F)
Radiologie médicale	DESGREZ (H)
Tech. chir. et Chirurgie exp.	CAUCHOIX (J)
Thérapeutique	CONTE (M)
Thérapeutique appliquée	LAMOTTE (M)

b) Professeurs à titre personnel

Anatomie anthropologique	OLIVIER (G)
Anatomie pathologique	NEZELOFF (Ch.)
Bactériologie	BARBIER (P)
Biochimie médicale	{ DESGREZ (P) DREYFUS (J.Cl)
	{ POLONOVSKI (J)
Biologie médicale	BOURLIERE (F)
Histologie	COUJARD (R)
Pathologie expérimentale	LOEPER (J)
Physiologie	{ DEJOURS (P) SCHERRER (J)
Physique médicale	{ KELLERSHOHN (L) GOUGEROT (L)
Radiologie médicale	FISCHGOLD (H)

2°- CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires

Clinique carcinologique chirurgicale	REDON (H)
Clinique cardiologique	{ Broussais ... SOULIE (P) { Boucicaut ... LENEGRE (J)

Cliniques chirurgicales	Beaujon	LORTAT-JACOB (J.L.)
	Cochin	LEGER (L)
	Hôtel-Dieu	PATEL (J)
	Pitié	N...
	Saint-Antoine	GOSSET (J)
	Salpêtrière	SICARD (A)
	Tenon	OLIVIER (Cl)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique		
		FEVRE (M)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique		
		MERLE d'AUBIGNE (R)
Clinique de chirurgie cardiovasculaire		
		DUBOST (Ch.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire		
		MATHEY (J)
Clinique dermatologique		
		DUPERRAT (F)
Clinique endocrinologique		
		DECOURT (J)
Clinique de génétique médicale		
		LAMY (M)
Clinique gynécologique		
		HUGUIER (J)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		
		DEGOS (R)
Clinique des maladies des enfants		
		TURPIN (R)
Clinique des maladies infectieuses		
		MOLLARET (P)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale		
		DELAY (J)
Clinique des maladies métaboliques		
		HANBURGER (J)
Clinique des maladies du sang		
		BERNARD (J)
Clinique des maladies du système nerveux		
		CASTAIGNE (P)
Cliniques médicales	Bicêtre	DEPARIS (M)
	Broussais	MILLIEZ (P)
	Cochin	BROUET (G)
	Hôtel-Dieu	BARIETY (M)
	Lariboisière	SEZE (S. de)
	Pitié	DREYFUS (G)
	Saint-Antoine	KOURILSKY (R)
	Saint-Antoine	BOUDIN (G)

Clinique d'hydrologie et de climatologie	DEBRAY (Ch)
Clinique médicale infantile de pédiatrie sociale	MARIE (J)
Clinique médicale propédeutique	JUSTIN-BESANÇON (L)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition	DEROT (M)
Clinique de neuro-chirurgie	DAVID (M)
Clinique neurologique	GARCIN (R)
Cliniques { Baudelocque	LACOMME (M)
obstétricales { Saint-Antoine	MERGER (R)
Clinique obstétricale et gynécologique	VARANGOT (J)
Clinique { Hôtel-Dieu	OFFRET (G)
ophtalmologique { Cochin	N...
Clinique oto-rhino-laryngologique	AUBRY (M)
Clinique de pédiatrie et de puériculture	THIEFFRY (S)
Clinique de pneumo-phtisiologie	BERNARD (E)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile	MICHAUX (L)
Clinique de rhumatologie médi- cale et sociale	COSTE (F)
Clinique stomatologique	DECHAUME (M)
Clinique thérapeutique chirurgicale	ROUX (M)
Clinique thérapeutique médicale	LEMAIRE (A)
Clinique toxicologique	GAULTIER (M)
Clinique urologique	{ ABOULKER (P) COUVELAIRE (R)
Clinique chirurgicale orthopé- dique et traumatologique	PADOVANI (P)
Hygiène et clinique de la première enfance	LAPLANE (R)
Séméiologie médicale { A. Chantin	DOMART (A)
{ Pitié	-RAMBERT (P)
{ Rothschild	WOLFROMM (R)
Séméiologie et clin. chirurg.	POILLEUX (F)

MM.

Séméiologie traumatique et
orthopédique JUDET (R)

b) Professeurs à titre personnel

Hématologie	{	ANDRE (R)
		BOUSSER (J)
Hydrologie et climatologie		GIBERTON (A)
Maladies infectieuses		BASTIN (R)
	{	AZERAD (E)
		BOUR (H)
		GROSSIORD (A)
Médecine		LAMBLING (A)
		PEQUIGNOT (H)
		PERRAULT (M)
		SIGUIER (F)
		WORMS (R)
Neurologie		LHERMITTE (F)
Neuro-psychiatrie		PICHOT (P)
Oto-rhino-laryngologie		MADURO (R)
Pneumo-ptisiologie	{	KREIS (B)
		MEYER (A)
Rhumatologie		DELBARRE (F)

II - PROFESSEURS SANS CHAIRE

MM.

Anatomie	CABROL (C)
Anatomie pathologique	GOUYGOU (Ch)
Bactériologie	CHRISTOL (D)
	{
Biochimie médicale	CARTIER (P)
	GONNARD (P)
Biologie médicale	HARTMANN (L)
	{
Physique médicale	GREMY (F)
	ROUCAYROL (J.C.)

III - PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

MM.

Bactériologie	HAUDUROY (P) Pr.s.ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J) Pr.s.ch.
Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J)
Conseillers administratifs	{ Mlle CHAINTREUIL (G) M FAYE (R)
Conservateur en chef de la Bibliothèque	{ M le Docteur HAHN (A)
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	
Conservateurs	{ DUMAITRE (P) Mlles LE NOIR (G) QUIEVREUX (E)
Bibliothécaires	{ Mmes CONTET (J), FORGET (F) Mlles DUROZOY (M.F.), LAURENT(H) Dr SCHILLER (J)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation, ni improbation.

-:-

A MES PARENTS

A MES AMIS

A Monsieur le Professeur FUNCK-BRENTANO

Professeur de la Chaire de Clinique
Gynécologique à l'Hôpital Broca

Chirurgien des Hôpitaux

Membre de l'Académie de Chirurgie

Commandeur de la Légion d'Honneur

Qui m'a fait le très grand
honneur d'accepter la
présidence de cette thèse

Hommages respectueux

A Monsieur FRADIN

A qui nous devons une grosse
partie de ce travail

Qu'il veuille bien trouver
ici l'expression de notre
vive reconnaissance

A Monsieur COURTOIS

En hommage de reconnaissance
pour nous avoir permis
d'édifier ce travail

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES AMPUTATIONS
SUPRA-VAGINALES DU COL UTERIN PAR VOIE BASSE

A propos de 40 observations

Considérations
clinique, technique, pronostique

-:-

INTRODUCTION

- :-

: L'amputation supra-vaginale du col utérin par voie vaginale consiste, après avoir refoulé la vessie, à sectionner le col au niveau ou légèrement au-dessous de l'isthme, et à recouvrir le moignon ainsi constitué par la muqueuse vaginale.

Ce type d'intervention créé par HUGUIER en 1860 a vu ses indications s'élargir notablement depuis une dizaine d'années du fait surtout :

- De son association aux différents temps opératoires de la cure des prolapsus. Cette association pouvant être systématique ou particulière aux lésions cervicales accompagnant le prolapsus.
- De son utilisation pour le traitement de certaines lésions dystrophiques cervicales rebelles aux traitements habituels ou pour le traitement conservateur éventuel des Epithéliomas cervicaux intra-épithéliaux.

L'extension des indications de ce type d'intervention lui confère un intérêt d'actualité objective par les récentes études qui lui ont été consacrées tant aux Assises Françaises de Gynécologie (1954) qu'au Congrès de la Fédération des Sociétés de Gynécologie et Obstétrique de Langue Française (1961).

Nous avons relevé au cours des SIX dernières années 40 observations d'amputation supra-vaginale du col utérin par voie vaginale pratiquée dans le service de gynécologie du Centre HOSPITALIER de Saint-Germain en Laye (Dr. J. COURTOIS).

Il nous a paru intéressant à l'occasion de ces observations d'étudier particulièrement :

1) les indications qui ont motivé l'intervention

2) la technique utilisée

3) le pronostic de cette intervention dans les 40 observations étudiées.

I - INDICATION

--

Les indications opératoires d'amputation supra-vaginale du col dans nos 40 observations se répartissent en trois groupes :

I/ - Amputation du col au cours du traitement des prolapsus (35 observations)

2/ - Amputation pour lésions dystrophiques cervicales rebelles aux traitements habituels (3 observations)

3/ - Amputation pour Epithéliomas intra-épithéliaux (2 observations).

o

I - AMPUTATION SUPRA-VAGINALE DU COL AU COURS DES TRAITEMENTS DES PROLAPSUS UTERINS

- C'est de loin la circonstance la plus importante des indications d'amputation cervicale dans le lot des observations que nous avons rassemblé.

Elle représente, en effet :

- 35 observations sur 40 :
soit un pourcentage de : 87,5 p.cent

- Dans le cadre de cette pathologie l'amputation cervicale peut être réalisée dans

deux circonstances très différentes selon qu'il existe ou non, des lésions cervicales associées au prolapsus.

a) L'amputation peut être réalisée en dehors de toute anomalie cervicale associée au prolapsus

Elle fait alors partie intégrante d'une technique de cure de prolapsus utérin associant :

- une colporraphie antérieure
- une amputation supra-vaginale du col
- une colpomyorraphie postérieure.

Les variantes de ces différents temps constituent autant de techniques auxquelles sont attachés les noms de leurs auteurs. Le rapport de HERVET et HUGUIER lors du 19e Congrès de la Fédération des Sociétés de Gynécologie et d'Obstétrique de Langue Française (1961) (7) présente une remarquable étude de cette question. Il constituera le cadre de notre étude. Les raisons de cette chirurgie cervicale systématique sont de deux ordres :

- D'une part : Eviter le risque post-opératoire d'allongement secondaire du col, qui serait particulièrement favorisé lorsqu'il existe une dysharmonie entre une suspension haute et un soutènement trop modeste par rapport à cette suspension.

- D'autre part : Augmenter les moyens de suspension et de soutènement isthmo-vaginaux par la sclérose post-opératoire péri-cervicale que provoque l'amputation supra-vaginale du col.

Notre matériel d'étude ne comporte que deux

observations ayant fait l'objet d'une telle indication :

1) Observation n°7 : concernant une jeune femme de 27 ans chez laquelle l'amputation cervicale a été pratiquée en dehors de toute anomalie cervicale. Elle présentera d'ailleurs ultérieurement une grossesse qui sera menée à terme.

2) Observation n°22 : concernant une femme de 50 ans à la préménopause.

Cette chirurgie systématique du col lors du traitement des prolapsus, qui semble avoir été préconisée en premier lieu par l'école de MANCHESTER, a pris une extension assez considérable depuis une dizaine d'année.

Il est certain, toutefois, qu'un enthousiasme un peu excessif a pu conduire à un excès d'indications systématique de ce mode de traitement des prolapsus.

Nombre d'auteurs se sont élevés contre cette conception, marquant les conséquences ultérieures possibles des amputations sur la vie génitale et obstétricale de l'opérée.

HERVET et HUGUIER signalent d'après leur enquête qu'un tiers seulement des gynécologues consultés admettent que cette chirurgie puisse être envisagée ; un quart seulement de ceux-ci la pratiquent systématiquement.

Les deux opérations que nous retrouvons parmi les 35 amputations cervicales réalisées lors du traitement de prolapsus utérin doivent être considérées comme exceptionnelles et ne répondent pas à la conduite habituelle fixée dans le service de gynécologie.

du Centre Hospitalier de Saint-Germain en Laye pour le traitement des prolapsus utérins.

Cette conception est parfaitement conforme à cette citation empruntée à HERVET et HUGUIER :

"Ici, comme toujours lorsqu'il s'agit de prolapsus, il ne doit pas y avoir un traitement mais une adaptation, chaque fois raisonnée, en fonction du bilan complet des lésions". Ce qui exclut toute conception, système type, quel que soit l'âge de la malade.

b) Amputation réalisée pour des lésions cervicales associées au prolapsus

Ces lésions cervicales associées constituent évidemment le plus grand pourcentage des indications d'amputation lors du traitement des prolapsus (33 observations = 82,5 p.cent).

- Ce sont le plus souvent, l'allongement et l'hypertrophie cervicale,

- Ce peuvent être aussi d'autres lésions dystrophiques.

1) Allongement et hypertrophie du col

L'allongement hypertrophique du col a été décrit par HUGUIER en 1860.

Cette modification du col peut rester isolée mais le plus souvent elle est associée aux lésions constituant le prolapsus utéro-vaginal.

Elle peut atteindre la portion sus-vaginale du col qui s'allonge, le museau de tanche restant de dimensions normales. Elle peut atteindre la portion sous vaginale du col. Ces différentes localisations donnent lieu à la description schématique de deux formes anatomo-pathologiques d'allongement cervical:

- Allongement atrophique supra-vaginal portant alors essentiellement sur l'isthme
- Allongement hypertrophique, intra-vaginal ou sous vaginal pouvant être global ou prédominant sur une lèvre du col.

En fait, comme le remarquent HERVET et HUGUIER ces deux types d'allongement cervical associé au prolapsus peuvent coexister. De plus allongement et hypertrophie peuvent se rencontrer supra et intra-vaginaux.

Il nous paraît particulièrement important d'insister sur la nécessité de la recherche systématique de ces modifications du col utérin lors du bilan organique de tout prolapsus utéro-vaginal.

Parfois, de diagnostic facile lorsque le col est considérablement allongé, cet allongement étant visible au spéculum palpable au toucher. On a insisté sur l'absence d'invagination et la conservation de la hauteur du vagin. Ces éléments cliniques permettent de différencier l'allongement cervical de l'abaissement de l'utérus.

Parfois, le diagnostic est difficile et non évident par l'examen purement clinique. Ce sont dans ces cas que prennent toute leur importance les méthodes d'explorations complémentaires.

- L'hystérométrie permet de préjuger d'un allongement supra-vaginal, et d'apprécier l'allongement intra-vaginal. Classiquement on parle d'allongement faible dès que la cavité utérine dépasse 7 cm , d'un allongement notable quand elle dépasse 10 cm.

- La cervicographie peut être aussi utile dans le dépistage.

Toutefois, comme le remarquent HERVET et HUGUIER "il n'est pas toujours aisé de mesurer la longueur du col, car le repérage de l'orifice interne peut être imprécis". Ils préconisent l'utilisation d'une cervicométrie à l'aide d'une bougie de Hégar de calibre approprié, qui introduite dans le col, bute contre l'orifice interne et permet aussi de mesurer la longueur du col. C'est ce procédé qui a été utilisé dans un certain nombre de nos observations. Nous précisons "un certain nombre", car beaucoup d'entre elles mentionnent allongement hypertrophique sans en préciser ni le mode de dépistage, ni la longueur réelle. C'est là une lacune trop souvent rencontrée par tous les auteurs qui ont voulu faire une statistique et sur laquelle HERVET et HUGUIER insistent beaucoup. L'importance de ce dépistage vient du fait que la méconnaissance de cet allongement peut être à l'origine d'une aggravation post-opératoire des modifications cervicales aboutissant à une pseudo-récidive du prolapsus.

Notre observation n°15 en est un exemple. Rappelons qu'il s'agissait d'une malade de 58 ans opérée à trois reprises pour récidive de prolapsus. Cette récidive se révèle, justement être constituée surtout par un important allongement hypertrophique du col. Les

indications d'amputation supra-vaginale du col pour allongement et hypertrophie cervicale associée à un prolapsus groupent :
32 observations.

Si l'on considère l'âge des opérées les observations se groupent ainsi :

30/40 ans	4-5-11-13-14-18-20-24-29-34-35	11
41/50 ans	1-2-6-8-9-10-16-17-23-25-26-27-28-30	15
+ 50 ans	3-12-15-21-31-32	6

Ce tableau objective donc la fréquence relative de cette modification du col selon l'âge. Toutefois, il faut noter qu'il est pratiquement impossible de préciser exactement ni le type anatomique exact de cette modification cervicale, ni son degré, les renseignements contenus dans les observations étant trop souvent succincts.

Modifications cervicales par allongement et hypertrophie	{ avant 40 ans {	11 cas = 34,37 %
Modifications cervicales par allongement et hypertrophie	{ après 40 ans {	21 cas = 65,62 %

Cette plus grande fréquence après la quarantaine correspond aux données classiques.

Les indications d'amputation supra-vaginale du col après 40 ans ne se discutent pas. De l'avis de la grande majorité des gynécologues, l'amputation supra-vaginale constitue à cet

âge le meilleur mode de traitement des allongements hypertrophiques du col associés au prolapsus.

Beaucoup plus délicates sont les indications des amputations supra-vaginales chez des femmes plus jeunes même lorsqu'il existe des anomalies cervicales associées au prolapsus. L'argument contre est le pronostic obstétrical. Nous consacrerons un chapitre spécial.

Dans 11 cas soit 34,37 p.cent l'amputation a été ainsi réalisée.

- Remarquons que dans ces 11 observations
 - 7 opérées ont plus de 36 ans (4,5,11,14,18,29,35)
 - Toutes sont des multipares
 - 5 présentaient un allongement cervical très important (5,18,24,34,35)
 - Dans 2 observations le prolapsus était très marqué ou récidivant (4,5).

Ces différents arguments pouvant légitimer d'une façon plus logique le type d'intervention choisi.

Les conséquences obstétricales seront étudiées dans le chapitre pronostic.

Disons de suite que dans ce lot de 10 opérées pour lésions cervicales associées au prolapsus, 2 malades présenteront une grossesse secondaire interrompue spontanément par un avortement (11,13).

Il est difficile, et c'est l'avis de tous, de schématiser les indications des amputations cervicales chez les femmes jeunes pouvant présenter une nouvelle maternité.

Nous tenterons de conclure ainsi :

- L'amputation cervicale ne doit être pratiquée chez une jeune femme que lorsque les lésions cervicales associées au prolapsus sont suffisamment importantes pour en motiver l'indication.

- Nous la pratiquons le plus souvent alors supra-vaginale en respectant au maximum la région isthmique.

- Les conséquences obstétricales observées dans nos observations ne paraissent pas motiver l'abstention formelle de ce mode d'intervention.

Il nous paraît intéressant de rappeler, ici, que la majorité des examens anatomo-pathologiques des pièces opératoires d'amputations cervicales pour allongement hypertrophique du col ont été examinées et interprétées par le Dr. ISIDOR - Anatomopathologiste du Centre Hospitalier de St-Germain en Laye (16).

En partie à l'aide de ce matériel le Docteur ISIDOR a étudié les modifications caractéristiques de ces allongements hypertrophiques, insistant particulièrement sur :

a) L'aspect macroscopique :

- Le col a une surface lisse
- tantôt du R scléreux, crissant sous le couteau
- tantôt molasse, oedémateux
- la tranche de section est blanchâtre ou blanc nacré, opaque ou translucide
- les kystes glandulaires sont exceptionnels.

b) L'aspect histologique

- L'épithélium de surface est atrophique parfois leucoplasique.

Sa charge de glycogène est variable mais le polysaccharide est toujours présent dans les couches superficielles.

- Le chorion est très particulier, représenté par un tissu où les fibres sont entrecroisées, parfois accolées, le plus souvent dissociées par un liquide d'imbibition plus ou moins important.

Les granulocytes et les lymphocytes manquent totalement. Par contre, les éléments d'apparence histiocytaires dont le cytoplasme est bourré de granulations métachromatiques, sont en nombre fort élevés : ce sont les mastocytes.

- La cellule conjonctive fixe se présente sous une forme jeune, étoilée, à noyau ovale transparent, finement chromatique.

- La vascularisation est très développée, représentée essentiellement par des capillaires de néoformation et, en profondeur par des vaisseaux musculaires dont la paroi souvent épaisse, présente une apparence, plus ou moins homogène ou fibrillaire.

c) Etude histochimique

- Forte intensité de réaction au PAS et parfois métachromasie dans les zones superficielles.

- Les modifications importantes du chorion semblent bien constituer l'élément dominant et probablement primitif de l'allongement

hypertrophique.

- Bien qu'il ne s'agisse là que d'une étude fragmentaire "on ne peut, toutefois, préciser le Docteur ISIDOR, ne pas être frappé par certaines similitudes qu'offre l'étude comparée de lésions et de localisations très différentes ... telles les chéloïdes spontanées ou cicatricielles".

- Les modifications conjonctivo-vasculaires semblent s'intégrer dans le processus général des troubles de la substance fondamentale.

C'est là une hypothèse du travail à confirmer.

2 - LESIONS DYSTROPHIQUES CERVICALES ASSOCIEES AU PROLAPSUS

- Il est des cas où la chirurgie cervicale au cours du traitement du prolapsus est indiquée du fait de lésions dystrophiques ou dysplasiques du col.

Cette éventualité est beaucoup plus rare que la précédente. Dans notre statistique elle ne comporte qu'UNE observation sur les 35 amputations faites au cours du traitement de prolapsus.

Il s'agit de l'observation 19 concernant une malade de 46 ans présentant une dysplasie cervicale importante ayant fait l'objet de plusieurs biopsies.

Dans une telle éventualité un type d'intervention plus limité que l'amputation pourrait être discuté : Electrocoagulation, Résection.

Toutefois il nous semble important chez des malades à l'approche de la ménopause ou ménopausées de traiter assez largement les lésions dysplasiques cervicales associées au prolapsus.

L'observation 27 que nous empruntons au chapitre précédent parce qu'il existait un allongement hypertrophique du col en est le témoin.

Rappelons que cette malade suivie depuis 3 ans par des Centres de dépistages, qui par les méthodes d'investigations complémentaires dépistaient une dysplasie suspecte présentait effectivement un épithélioma-intra-épithélial qui ne sera révélé que par l'examen anatomo-pathologique de la pièce opératoire.

II - AMPUTATION SUPRA-VAGINALE DU COL POUR LÉSIONS DYSTROPHIQUES CERVICALES REBELLES AUX TRAITEMENTS HABITUELS

La prophylaxie des cancers du col de l'utérus par le traitement correct de toute lésion dite, métritique, du col prend à juste titre de plus en plus d'importance dans les conceptions modernes.

Les examens cliniques de dépistage pratiqués régulièrement tout au long de la vie génitale particulièrement chez les femmes ayant eu 1 ou plusieurs enfants, les méthodes complémentaires de dépistage ; colposcypologique, colposcopique révélant et caractérisant des lésions souvent non visitées à l'oeil nu, constituent les bases de cette prophylaxie.

Toute lésion cervicale dépistée qu'elle

soit inflammatoire dysplasique ou autre doit être traitée.

Le mode de traitement plus habituel et le plus efficace est l'électrocoagulation cervicale associée ou non à une antibiothérapie locale ou générale.

Cette méthode que nous n'avons pas à décrire ici, parvient dans la très grande majorité des cas à la guérison de la lésion.

Toutefois, il est des dystrophies cervicales que l'électrocoagulation, voire les électrocoagulations répétées ne parviennent pas à guérir.

Ce sont en particulier des cols polykystiques souvent hypertrophiques, en bouchon de champagne.

La surface de ces cols est parsemée de kystes :

- soit petits kystes dont la taille ne dépasse pas celle d'une tête d'épingle
- soit kystes plus volumineux réalisant l'oeuf de Naboth.

Au maximum les deux lèvres sont bourrées de kystes, le col est mamelonné.

Ces cols sont infectés et douloureux d'une façon chronique, chacun de ces kystes s'ulcérant à la surface du col et constituant le point de départ de nouvelles ectopies.

Ce sont en général dans ces cas que les électrocoagulations répétées ne parviennent pas à détruire la totalité de ces formations kystiques qui au bout de quelques temps vont se multiplier et reconstituer le col dystrophique.

La tendance actuelle est de proposer l'amputation ou la résection du col qui seule viendra à bout du processus dystrophique, et de ses conséquences : leucorrhée opiniâtre, douleurs.

Notre étude synthétique des amputations supra-vaginales comporte trois observations répondant à cette indication.

- Observation n°37 - 46 ans, dystrophie polykystique récidivante avec dysplasie mosaïque

- Observation n°36 - 46 ans, dystrophie polykystique récidivant avec ectropion

- Observation n°38 - 43 ans, dystrophie polykystique récidivante avec très grosse hypertrophie cervicale.

III - AMPUTATION SUPRA-VAGINALE DU COL DANS LES EPITHELIOMAS INTRA-EPITHELIAUX DU COL UTERIN

Les méthodes thérapeutiques à discuter en présence d'un épithélioma intra-épithélial du col utérin ont fait l'objet de nombreuses discussions et mises au point auxquelles sont attachées particulièrement les noms des Professeurs FUNCK BRENTANO, ceux de HERVET et HUGIER qui les ont étudiées lors des récents congrès.

Deux types d'intervention s'affrontent :

- Intervention mutilatrice : hystérectomie totale.
- Intervention conservatrice : amputation cervicale.

Les indications thérapeutiques formulées par le Professeur FUNCK BRENTANO lors du Congrès d'Alger et du Congrès de chirurgie en 1955 se résument ainsi :

a) Epithélioma intra-épithélial isolé chez une jeune femme : la discussion entre une méthode conservatrice ou mutilatrice ne dépendra pas tellement du jeune âge que du nombre d'enfants qu'elle a et de son désir de futures maternités. Si la femme désire formellement conserver ses possibilités de reproduction une action thérapeutique limitée est admissible. Cette attitude impose évidemment l'examen minutieux de la pièce d'exérèse à la recherche d'une zone d'extension qui impliquerait immédiatement une intervention complémentaire. Elle impose de même une surveillance clinique, cytologique, colposcopique, voire anatomo-pathologique régulière.

b) Epithélioma intra-épithélial isolé chez une jeune femme plus jeune ne désirant plus formellement une future maternité. Le traitement de choix est l'hystérectomie totale.

L'enquête menée par HERVET et HUGUIER prouve que 30 p.cent des opérateurs admettent le principe d'une chirurgie limitée de l'épithélioma intra-épithélial par amputation du col. Seulement 1 sur 5 de ces opérateurs pratiquent systématiquement une amputation.

HERVET et HUGUIER précisent leur point de vue sur cette discussion ainsi : "Si nous ne sommes pas hostiles de parti pris à l'hystérectomie, nous refusons de voir en elle le traitement normal de l'épithélioma intra-épithélial".

Ce point de vue est appuyé sur deux arguments :

- En cas de lésion purement intra-épithéliale l'hystérectomie est sûrement demeurée dans l'immense majorité des cas.

- En cas de découverte d'une zone invasive, l'hystérectomie totale est insuffisante et gêne le traitement correct d'un cancer invasif.

HERVET et HUGUIER optent donc pour une chirurgie limitée quasi systématique : "Le traitement normal est une exérèse totale avec une vérification des zones adjacentes, mais une exérèse limitée à la zone lésionnelle : ceci est réalisée par l'amputation du col".

Cette intervention limitée est suffisante s'il n'existe pas d'extension ; elle permet le traitement correct secondaire d'un cancer invasif s'il existe une zone envahissante.

L'attitude adoptée au Centre Hospitalier de Saint-Germain en Laye se conforme aux principes formulés par le Professeur FUNCK BRENTANO ce qui explique que la plupart des cancers intra-épithéliaux observés dans ce service ont été traités par hystérectomie totale.

Seulement deux observations sont retrouvées au cours de ces dernières années dans lesquelles l'épithélioma intra-épithélial a été traité par amputation supra-vaginale du col.

- L'une (obs. n°39) concerne une femme ménopausée (47 ans). L'indication de l'in-

tervention limitée reposait sur l'incertitude du diagnostic d'épithélioma intra-épithélial chez une malade cardiaque.

- L'autre (obs. n°40) concerne une jeune femme de 30 ans n'ayant eu qu'un enfant après 11 années de mariage et désirant formellement une nouvelle maternité. Cette jeune femme est toujours suivie actuellement. Trois années après l'intervention elle n'a encore présenté aucune nouvelle grossesse.

Sans reprendre ici les discussions concernant les méthodes de traitement des épithéliomas intra-épithéliaux du col, il nous semble possible de conclure conformément aux tendances modernes que l'amputation supra-vaginale du col présente un double intérêt en présence d'une telle lésion.

1/ Intérêt diagnostic que permettant un bilan exact des lésions et de ses possibilités d'extension dans des zones avoisinantes.

2/ Intérêt thérapeutique particulier dans certains cas pour lesquels une thérapeutique plus importante pourrait être contre-indiquée, ou surtout chez des femmes jeunes désirant garder leur potentiel de maternité.

II - TECHNIQUE

-:-

Notre étude ne comporte que des amputations supra-vaginales du col réalisées par voie périnéale et selon le procédé dit MANCHESTER.

Nous en résumons rapidement la technique.

a) SELON QU'IL S'AGIT D'AMPUTATION SUPRA-VAGINALE DU COL AU COURS D'UN TRAITEMENT CHIRURGICAL DU PROLAPSUS

ce qui représente la majorité de nos observations :

- Exposition de la région vulvo-vaginale par mise en place de 2 points vulvo-cruraux et 2 points vulvo-périnéaux.

I - Dissection antérieure : Incision de la paroi vaginale antérieure en T inversé, transversale à la limite du décollement près du museau de tanche - longitudinale médiane jusqu'au niveau de l'urèthre.

Dans les toutes premières observations l'incision muqueuse triangulaire à base inférieure préconisée par FOTHERGILL a été pratiquée, mais cette méthode a été rapidement abandonnée, comme d'ailleurs l'ont fait nombre d'auteurs et comme le conseillent aussi HERVET et HUGUIER.

2 - Dissection vésico-vaginale poussée très loin latéralement et pratiquée au tampon monté de façon à éviter au maximum le saignement des formations veineuses péri-cervicales souvent fort dilatées.

3 - Dissection vésico-utérin après section aux ciseaux des fibres vésico-cervicales. La vessie est refoulée et maintenue le plus haut possible.

4 - Dans la grande majorité des cas, ce temps de dissection antérieure est complété par le clivage des fascias dits de Halban.

II - Dissection postérieure

1) Incision transversale de la paroi vaginale postérieure au niveau du repli décollable cervico-vaginal.

2) Dissection cervico-vaginale postérieure au dissecteur puis à la compresse.

3) Ouverture et exploration des cul-de-sac de Douglas à la recherche d'une anomalie de profondeur qui pourrait constituer une ébauche d'élytrocèle ultérieure.

III - Dissection latérale : la technique doit être minutieuse et comporte :

1) le repérage par deux fils ou deux pinces de Kocher, des 2 angles vaginaux latéraux - le repérage paraît important afin d'éviter une suture en mauvaise position de la muqueuse vaginale à la fin de l'intervention.

2) Dissection très prudente au contact de

la muqueuse vaginale des pédicules cervicaux. Cette dissection étant poussée vers le haut jusqu'à l'isthme utérin. Ainsi sont isolés les ailerons cervicaux.

IV - Repérage de l'isthme utérin

1) Si celui-ci peut être fait en recherchant la crosse de l'artère utérine, il est plus couramment pratiqué à l'aide d'une bougie introduite intra-cervicale. Celle-ci permet de percevoir le ressaut provoqué par le franchissement de l'isthme.

2) Ce repérage de l'isthme permet de placer sur les pédicules cervicaux deux pinces de Kocher qui marqueront le niveau de l'hémostase de ces pédicules.

V - Hémostase des pédicules cervicaux

Celle-ci est pratiquée par deux ligatures superposées. Elle est faite un peu au-dessous du niveau de l'isthme utérin.

Elle prend soin de respecter la crosse de l'utérine.

Cette hémostase et la section qui s'ensuit permet d'isoler deux moignons relativement mobiles constitués par les ailerons cervicaux.

Un nouveau fil est passé dans chacun de ces ailerons - ce fil sera gardé long. Il permettra le croisement des ailerons en avant du col selon le procédé de FOTHERGILL.

VI - Section du col :

1) pratiquée à 1 cm au moins au-dessous de l'isthme repéré.

2) faite transversalement soit au bistouri électrique, soit au bistouri ordinaire.

VII - Dilatation de l'isthme

1) A l'aide de bougies de Hegar.

2) Pratiquée très progressivement de façon à ne pas léser les structures musculaires isthmiques.

3) Ce temps est extrêmement important, car c'est d'une dilatation suffisante que dépend le recouvrement correct du moignon isthmique par la muqueuse vaginale.

VIII - Suture en avant des ailerons cervicaux

Ceux-ci montés sur fils gardés intentionnellement longs sont suturés en avant de l'isthme par le point de Fothergill.

HERVET et HUGUIER préconisent de plus la suture en avant de l'isthme des ligaments utéro-sacrés. Ce temps n'est pas pratiqué dans la technique utilisée pour nos observations.

IX - Suture des fascias de Halban

Constituant déjà un bon plancher sous vésical et maintenant la vessie en position haute.

X - Recouvrement du moignon isthmique

1) par points enfouissant de Sturmdorf

2) dans un grand nombre de nos observations ce recouvrement a été pratiqué par 4 points de Sturmdorf : 1 postérieur, 2 latéraux, 1 antérieur.

3) Depuis quelques années, dans le service

de gynécologie dont nous étudions les observations, la technique a été simplifiée. Le recouvrement du moignon isthmique n'est plus pratiqué que par deux points de Sturmdorf - l'un postérieur, l'autre antérieur. La suture des bords latéraux est faite bord à bord par points séparés.

Cette simplification semble donner des résultats anatomiques aussi satisfaisants que ceux de la technique classique.

XI - L'intervention est terminée par

- Colpectomie à la demande
- Suture vaginale
- Colpomyorrhaphie postérieure
- Temps abdominal selon les nécessités des lésions organiques associées au prolapsus.

b) TECHNIQUE DES AMPUTATIONS ISOLEES
DU COL

Nous avons vu que l'amputation isolée du col ne représente qu'un nombre restreint de nos observations.

Ces amputations ont toutes été réalisées supra-vaginales avec recouvrement du moignon isthmique selon le procédé de Sturmdorf.

La plupart des auteurs décrivent une technique sensiblement différente de celle qui concerne les amputations au cours du traitement des prolapsus.

Dans le service de gynécologie de Saint-Germain en Laye, l'habitude est de libérer le col selon les mêmes procédés de dissec-

tion que ceux utilisés au cours des prolapsus :

- Incision vaginale en T inversé
- Dissection vésico-vaginale
- Dissection vésico-utérine
- Décollement cervico-vaginal postérieur
- Décollement cervico-vaginal latéral

ceci afin de permettre une reconstitution la plus parfaite possible d'un plancher sous-vésical.

L'hémostase, la section, la dilatation et le recouvrement du moignon sont pratiqués de la même façon que dans le type d'intervention précédente.

HERVET et HUGUIER insistent sur les points suivants, lorsqu'il s'agit d'amputation pour épithélioma intra-épithélial :

- Exérèse d'une colerette vaginale
- Conisation de la région isthmique
- Curetage abrasif de la muqueuse

ce qui a été pratiqué dans notre observation n°40.

III - PRONOSTIC

-:-

Le problème du pronostic ultérieur des amputations supra-vaginales du col doit être envisagé sous deux aspects :

- Pronostic, en fonction de la maladie qui a motivé l'intervention
- Pronostic ou conséquences ultérieures de ce type d'intervention sur la physiologie génitale de la femme.

a) PRONOSTIC en FONCTION de la MALADIE qui a MOTIVÉ L'INTERVENTION

Dans les prolapsus utérins :

1) Nous avons insisté sur la nécessité de l'amputation cervicale lorsqu'il existe un allongement hypertrophique du col ; cette lésion méconnue ou négligée peut s'aggraver et constituer une pseudo-récidive de prolapsus ce que nous avons noté dans notre observation n°15.

La surveillance ultérieure de nos observations ne nous révèle pas de récidiye d'allongement cervical après amputation. Il faut toutefois reconnaître que peu d'observations peuvent faire état d'une surveillance suffisante, prolongée pour autoriser une opinion valable sur ce problème.

2) Nous avons insisté aussi sur la valeur de suspension isthmo-vaginale que réalise l'opération dite de MANCHESTER, du fait de la reconstitution des moyens de suspension du col et de la sclérose péristhmique qui se produit.

Nos observations, comme d'ailleurs celles de la majorité des auteurs témoignent de ce résultat anatomique favorable. Avec les mêmes réserves que celles formulées dans ce paragraphe précédent nous ne notons pas, lors de la surveillance des opérées que nous étudions, ici, de récidives de prolapsus. Seule deux observations (n°12, 13) présentent un résultat non satisfaisant quant à l'incontinence orthostatique d'urines.

Dans les lésions dystrophiques cervicales:

Le pronostic ultérieur de l'amputation quant à la maladie qui en avait motivé l'indication ne présente qu'un intérêt très relatif. L'intervention ici ne cherche qu'à pratiquer l'exérèse d'un foyer dystrophique ou infectieux.

La guérison de la maladie est normalement acquise après l'ablation du foyer. Nos 3 observations témoignent de cette évolution (obs. n°36, 37, 38).

Dans les épithéliomas intra-épithéliaux

Aborder le problème du pronostic ultérieur du point de vue tumoral des amputations cervicales pratiquées comme traitement de l'épithélioma intra-épithélial, c'est entrer dans les nombreuses et importantes discussions qui depuis quelques années motivent nombre de Congrès ou colloques.

Entreprendre la synthèse des différentes opinions émises sort de notre sujet.

Nous avons insisté sur le caractère exceptionnel que doit comporter une telle indication opératoire dans un but thérapeutique.

Dans le cas où le jeune âge de la malade associé à son désir formel de conserver ses possibilités de maternité, a paru justifier cette modalité thérapeutique limitée, une surveillance étroite s'impose. Les études récentes témoignent que nombre de cas se révéleront comme définitivement guéris. D'autres témoignent de récidives. Le matériel d'étude que nous apportons ici ne permet pas de discussion. Nos deux observations (39, 40) relevées dans le service de gynécologie témoignent d'une stabilisation des lésions.

b) CONSEQUENCES ULTERIEURES DES AMPUTATIONS SUPRA-VAGINALES DU COL SUR LA VIE GENITALE

Il s'agit là d'un des problèmes les plus intéressants concernant ce type d'intervention.

On connaît en effet le rôle important que joue le col utérin dans la physiologie utérine obstétricale ou gynécologique.

Nous étudierons ces conséquences successivement du point de vue gynécologique et du point de vue obstétrical.

I) Du point de vue gynécologique :

HERVET et HUGUIER envisagent essentielle-

ment deux types de complication possible :

a) Les sténoses de l'orifice cervico-isthmique :

- surtout fréquentes en période ménopausique ou post-ménopausique du fait de l'atrophie tissulaire.

- pouvant se compliquer d'hématométrie, de pyométrie.

Les auteurs pensent qu'il est probable que cette sténose post-opératoire est liée, au moins en partie à la technique d'amputation, et que cette complication doit être exceptionnelle si l'on prend soin de faire une bonne dilatation du col qui permettra d'exciser d'autant plus facilement et plus parfaitement le point de Sturmdorf.

Nos observations groupent 21 cas d'amputation réalisée à la période de ménopause ou de post-ménopause. Nous n'avons, dans les limites de la surveillance des opérées ici, étudiés, noté aucune observation de sténose cervicale. Nous avons insisté sur l'importance de la dilatation cervicale qui a été réalisée dans chacune des observations.

b) Les métrorragies

Il s'agit de métrorragies souvent importantes qui surviennent chez des femmes en période d'activité génitale et ayant subi une amputation supra-vaginale du col. Ces hémorragies pourraient être la "conséquence d'une amputation trop haute, qui en détruisant l'appareil sphinctérien du col, perturbe le déroulement normal des phénomènes cycliques". HERVET (5) en 1956 attire l'attention sur cette complication et explique la difficulté de son traitement.

Notre matériel d'étude comporte un maximum de malades en période d'activité génitale. Dans les limites de la surveillance lointaine qui a pu être réalisée et que l'on sait relativement restreinte nous n'avons relevé aucune anomalie pouvant être rattachée à ce type de complication.

c) La dyspareunie

Aux deux autres types essentiels de complication gynécologique que décrivent HERVET et HUGUIER nous apporterons la dyspareunie.

La douleur, en effet, a compliqué une de nos observations (obs. n°9).

Cette dyspareunie nous paraît liée à une cicatrisation vaginale vicieuse ; peut être en relation avec une mauvaise technique de recouvrement du moignon cervical par la muqueuse vaginale. C'est pourquoi il nous paraît très important de bien repérer les angles latéraux du vagin lors de la dissection cervico-vaginale, détail sur lequel nous avons insisté dans le chapitre technique.

En conclusion -

L'étude des conséquences gynécologiques ultérieures dans nos 40 observations (dans les limites relativement restreintes du temps de cette surveillance) nous permet de conclure :

{ Sténoses isthmiques :	aucune observation
{ Métrorragies :	aucune observation
{ Dyspareunie :	une observation

2) Du point de vue obstétrical :

La tendance de certains auteurs à prati-

quer facilement ou même d'une façon systématique l'amputation cervicale lors du traitement chirurgical du prolapsus utérin, les indications de ce type d'intervention lors d'épithéliomas intra-épithéliaux du col, ont considérablement augmenté le nombre des amputations supra-vaginales du col chez les jeunes femmes en possibilité de maternité future.

Cette augmentation conduit à poser le problème du retentissement obstétrical possible de ce mode d'intervention. Ce problème se présente généralement sous trois aspects:

- Retentissement de l'amputation supra-vaginale sur les possibilités de maternité
- Retentissement de l'amputation supra-vaginale sur la mécanique et la dynamique de l'accouchement
- Retentissement de l'amputation supra-vaginale sur l'évolution et le maintien de la grosse ce dernier aspect étant de loin le plus important.

Le Professeur PINARD en 190 (12) donnait les conclusions d'une étude de 145 observations d'amputation.

- L'amputation sus-vaginale du col semble augmenter de façon incontestable l'aptitude à la fécondation.
- Dans quelques cas elle semble avoir agi directement dans la production des avortements.
- Les accouchements prématurés sont fréquents.
- La rupture prématurée des membranes paraît être favorisée par cette intervention.

- Dans la pratique on a parfois des dystocies simples ordinairement, graves parfois.

HERVET (6) lors des Assises Françaises de gynécologie en 1954 objective par une série de citations et de statistiques la grande diversité du jugement qui ont pu être porté sur ce sujet. Ainsi que nous l'avons déjà fait dans les précédents chapitres, l'importance du travail analytique et synthétique de HERVET et HUGUIER, nous conduit à pratiquer une confrontation entre nos observations et leur enseignement.

Il nous paraît nécessaire au début de ce chapitre, d'insister avec HERVET et HUGUIER sur la difficulté qui existe à préciser ce retentissement obstétrical des amputations supravaginales du col.

- Car, si cette intervention tend à devenir plus fréquente, les statistiques publiées sont encore peu fournies.

- De plus, le matériel d'étude est souvent fort incomplet : insuffisance de détails dans l'observation chirurgicale. Insuffisance de détail dans l'observation obstétricale, et surtout manque de liaison gynéco-obstétricale faisant que le devenir obstétrical des opérées est le plus souvent inconnu du chirurgien.

Cette difficulté, nous la retrouvons dans notre étude.

- Insuffisance de la durée moyenne de surveillance des opérées.

- Insuffisance fréquente de la qualité des observations.

c) RETENTISSEMENT DE L'AMPUTATION SUPRA-
VAGINALE SUR LES POSSIBILITES DE
MATERNITE

"Nous ne pensons pas, que la stérilité, relativement rare d'ailleurs, devienne un problème important chez l'opérée" (7).

- La majorité des observations concernent en effet des amputations pour prolapsus, donc, généralement, se pratiquent chez des multipares souvent à la pré-ménopause ou ménopausées.

- Seule serait intéressant à étudier les possibilités ultérieures de maternité chez de jeunes femmes pour lesquelles l'amputation a été pratiquée comme traitement limité et conservateur d'un épithélioma intra-épithélial.

- Si le Professeur PINARD que nous citons précédemment concluait à "l'augmentation incontestable de l'aptitude à la fécondation" après amputation, la majorité des auteurs reconnaît une relative diminution de la fertilité. C'est l'opinion émise par GREEN ARMYTAGE, MAXWELL et HUNTER (4).

Notre étude comporte 13 opérées ayant moins de 40 ans. Parmi elles deux ont subi une stérilisation per-opératoire (dont nous discuterons plus loin le problème). Il reste donc 11 femmes pouvant éventuellement présenter une grossesse.

Parmi ces 11 opérées 3 seulement ont présenté une grossesse. Il faut reconnaître que dans la grande majorité des cas ces opérations ont été faites sur des multipares ne désirant pas de nouvelles maternités.

d) RETENTISSEMENT DE L'AMPUTATION SUPRA-VAGINALE SUR LA MECANIQUE ET LA DYNAMIQUE DE L'ACCOUCHEMENT

L'un des griefs opposé à la pratique de l'amputation supra-vaginale est la possibilité d'anomalie troublant le mécanisme normal de l'accouchement.

Il est facile de concevoir la possibilité d'anomalies de dilatation du fait de la sclérose péri-cervicale. Toutefois, peu d'observations en témoignent.

Par contre, Cl. SUREAU (15) a publié récemment une observation d'une opérée ayant présenté une dystocie grave due à la sclérose vaginale.

Les risques possibles de dystocie, les altérations que peut provoquer l'accouchement par les voies naturelles semblent dans la très grande majorité des cas autoriser l'opération césarienne prophylactique ...

"La perspective d'une césarienne éventuelle ne doit pas condamner la chirurgie du col" (7).

Seule notre observation n°7 concerne une grossesse menée à terme. Rappelons qu'il s'agissait d'une 4e pare de 27 ans qui a débuté une grossesse 3 mois après l'intervention.

L'opération de Manchester avait été décidée comme type de traitement systématique d'un prolapsus utéro-vaginal constitué par une énorme colpocystocèle, une colporectocèle et un prolapsus utérin du 2e degré.

L'intervention réalisée comportait une colporraphie antérieure, une amputation supravaginale du col avec recouvrement du moi-gnon selon le procédé de Sturmdorf. Une telle suture antérieure des releveurs avait été pratiquée selon le procédé de Fothergill. Enfin, l'intervention était terminée par une colpomyorrhaphie postérieure et par voie abdominale : un raccourcissement des ligaments ronds par plicatures et un cloisonnement du Douglas.

Le déroulement de la grossesse fut normal. A noter seulement une dilatation permanente à 3 cm à partir du 6e mois. Une césarienne fut pratiquée à quelques jours du terme, en dehors de tout travail. Les suites ont été normales.

e) RETENTISSEMENT DES AMPUTATIONS SUPRA-VAGINALES SUR L'ÉVOLUTION ET LE MAINTIEN DE LA GROSSESSE

C'est là le problème essentiel du point de vue obstétrical. "L'étude des conséquences possibles des amputations du col sur l'avenir obstétrical et plus spécialement sur les troubles évolutifs de la grossesse est une étude à proprement parler fondamentale, puisqu'elle commande directement les problèmes d'indications et de technique"(7).

HERVET et HUGUIER font à la suite d'une étude analytique très complète des différentes statistiques publiées dans la littérature mondiale, une étude critique que nous pensons devoir résumer ici :

1° Nombre d'auteurs rapportent des cas heureux d'évolution de la grossesse. "L'optimiste y trouvera une raison pour défendre

la chirurgie d'exérèse du col de la femme jeune". Nombre d'auteurs rapportent aussi des cas malheureux "et le pessimiste y trouvera un argument pour l'abstention opératoire ou pour la stérilisation per-opératoire".

2 - Leur étude analytique portant sur les conséquences obstétricales des amputations du col est ainsi schématisée :

Amputation supra-vaginale	Nombre de grossesse	Avortements	Accouch. prématuré	Avt terme	Terme	?
de 1913 à 1942	96	34%	15%	49%	42%	9%
de 1950 à 1960	337	14%	9%	23%	74%	3%

"A nos yeux, précisent HERVET et HUGUIER, s'atténue un peu la rigueur de la condamnation sans appel" qui a été faite à ce type d'intervention.

L'amélioration du pronostic obstétrical au cours des 10 dernières années serait attribuable selon ces auteurs :

- Aux bénéfices apportés par les antibiotiques qui font disparaître le rôle néfaste des cicatrisations après suppuration prolongée.
- A la meilleure connaissance de l'anatomie et de la physiologie du col ayant permis un perfectionnement des techniques.

Sur 11 opérées pouvant présenter éventuellement une maternité nous avons signalé 3

grossesses (obs. 7, 11, 13).

L'observation n°7 concerne une grossesse menée à terme, dont nous avons résumé l'observation dans les pages précédentes.

Les observations 11 et 13 concernent des interruptions précoces de grossesse.

- Dans l'observation 11 il s'agissait d'une 6e pare de 37 ans - Opérée en 1957 pour prolapsus utérin associé à un allongement hypertrophique du col. L'intervention consistait en une colporraphie antérieure, une amputation supra-vaginale du col et une colpomyorraphie postérieure. Les suites opératoires avaient été normales. Trois années après l'intervention début d'une grossesse, non désirée d'ailleurs, qui très rapidement, vers la 6e semaine s'interrompt en provoquant une hémorragie très importante nécessitant un curetage.

- Dans l'observation 13, il s'agissait d'une 7e pare de 31 ans - Opérée en 1958 pour prolapsus utérin avec hypertrophie cervicale importante. L'intervention avait consisté en : Colporraphie antérieure, amputation supra-vaginale du col, colpomyorraphie postérieure. Une grossesse débute 7 mois après l'intervention. Cette grossesse non désirée sera douloureuse dès le début - mais se déroule normalement jusqu'au 2e mois, date à laquelle brusquement elle s'interrompt. Un curetage utérin est pratiqué dans un autre service hospitalier.

La pauvreté de ce matériel d'étude ne permet pas de conclusions valables. Nous ne pouvons donc que préciser les principes actuellement admis dans le service de gynécologie

de l'hôpital de Saint-Germain en Laye.

- Ne pas pratiquer d'amputation supra-vaginale à titre systématique lors de la cure d'un prolapsus chez une femme jeune en possibilité de maternité.

- Discuter son indication sans la rejeter de façon absolue lorsqu'il existe un allongement et une hypertrophie cervicale, où lorsqu'il existe des lésions dystrophiques rebelles aux traitements classiques.

- Pratiquer ce type d'intervention dans les épithéliomas intra-épithéliaux chez des femmes jeunes n'ayant pas d'enfants ou désirant une nouvelle maternité.

LE PROBLEME DE LA STERILISATION -

La stérilisation tubaire dite de sécurité chez les opérées ne désirant plus de nouvelles maternités a été préconisée par d'éminents auteurs. Nous citerons MUSSET, THOYER-ROZAT. Elle a été pratiquée dans 2 de nos observations (n°18, 35).

Une meilleure connaissance du pronostic obstétrical des amputations supra-vaginales du col justifie-t-elle vraiment cette stérilisation ?

- Mis à part le fait, comme le remarquent HERVET et HUGUIER, que cette stérilisation "ne stérilise pas seulement l'opérée mais aussi, nous tous qui désirons progresser dans la meilleure compréhension des accidents, et qu'elle réduit les recherches à néant et ne résout le problème que par l'abdication".

- La stérilisation ne paraît pas techniquement indispensable :

- Les conséquences obstétricales de l'amputation ne semblent pas la justifier. C'est l'opinion émise par le Professeur MEYER : "Les risques évolutifs d'une grossesse nous paraissent assez réels pour nous limiter le plus possible dans les indications de l'amputation supra-vaginale chez la femme jeune mais ils ne sont pas suffisants pour nous conduire à la stérilisation concomitante".

- Les risques de destruction de l'appareil de suspension et de soutènement du col pour un accouchement ne justifie pas non plus cette stérilisation puisque ce risque peut au maximum être pallié par une intervention césarienne prophylactique.

Là encore nous nous référons aux conclusions très objectives du rapport d'HERVET et HUGUIER - "Nous refusons d'associer une stérilisation per opératoire ... Envisager de parti pris une stérilisation lorsqu'il s'agit de traiter une infirmité et non une maladie grave, ne peut être une position de principe raisonnable. On ne peut de cette façon obérer l'avenir sans justification majeure voire vitale".

Les auteurs insistent particulièrement sur les arguments suivants :

- Songer qu'un désir futur de maternité peut remplacer un consentement actuel (remariage, décès des enfants actuellement vivants).

- Le trouble obstétrical est loin d'être constant et le risque d'un avortement peut être pris de préférence à la certitude de la

stérilité.

Nous ne pouvons que regretter les 2 cas dans lesquels cette stérilisation a été pratiquée.

-:-

I

OBSERVATIONS
PROLAPSUS

OBSERVATION n°1 - Mme T... 43 ans, hospitalisée dans le service de gynécologie le 31 juillet 1956 pour prolapsus utérin.

a) ANTECEDENTS : 3 enfants (1936, 1943, 1952), sans traumatisme obstétrical connu.

- 2 fausses couches.

b) Le PROLAPSUS est apparu à la suite du 3e accouchement et est constitué par :

- Cystocèle importante
- Rectocèle importante
- Prolapsus utérin du 2e degré
- Rétroversion utérine
- Allongement hypertrophique du col supra et intra-vaginale

c) INDICATION OPERATOIRE : étant donné l'âge de la malade le type d'intervention décidé est : Amputation supra-vaginale associée à la cure du prolapsus.

d) INTERVENTION le 3 août 1956 :

- Colporraphie antérieure
- Amputation supra-vaginale du col (Manchester)
- Colpo-myorraphie postérieure
- Cure de rétroversion par cloisonnement du Douglas et raccourcissement par plicature des ligaments ronds.

PIECE OPERATOIRE (Dr.DUPERRAT n°9.457)

"Cervicite chronique hypertrophique ne pré-

sentant nul point suspect".

e) SUITES OPERATOIRES : La malade est suivie 1 an : aucune anomalie notée.

o

OBSERVATION n°2 - Mme T... 50 ans, hospitalisée dans le Service de gynécologie le 5 septembre 1956 pour prolapsus utérin.

a) ANTECEDENTS :

4 enfants (24, 19, 16 et 7 ans)

1 fausse couche

Ablation d'un polype cervical en 1941 ?

b) Le PROLAPSUS est apparu progressivement depuis les dernières grossesses et est constitué par :

- Cystocèle
- Rectocèle
- Prolapsus utérin du 2e degré
- Allongement hypertrophique du col.

c) INDICATION OPERATOIRE : Etant donné l'association des lésions cervicales au prolapsus utérin et l'âge de la malade le type d'intervention adopté est : l'amputation supra-vaginale du col et cure du prolapsus.

d) INTERVENTION le 10 septembre 1956

- Amputation supra-vaginale du col (Manchester)
- Cure de cystocèle
- Myorraphie postérieure.

PIECE OPERATOIRE n°9.564 - Dr. ISIDOR

"Fibrose du chorion - Epithélium de revête-

ment nettement atrophique".

e) SUITES OPERATOIRES

Immédiates : sans incident

Ultérieures: surveillance régulière jusqu'en avril 1959 -

aucune anomalie n'est à noter.

o

OBSERVATION n°3 - Mme G... 51 ans. Hospitalisée dans le service de gynécologie le 4 septembre 1956 pour prolapsus utérin.

a) ANTECEDENTS :

6 accouchements : (28, 26, 20, 18, 12 ans et 1 décédé à 15 mois).

compiqués de déchirures périnéales récidivantes.

Ménopausée depuis 1 an ½.

b) Le PROLAPSUS utérin est apparu depuis la ménopause surtout avec cysto-rectocèle et il est constitué par :

- Cystocèle
- Rectocèle
- Allongement hypertrophique du col
- Prolapsus du 3e degré.

c) INDICATION OPERATOIRE : Etant donné l'association des lésions cervicales au prolapsus utérin et l'âge de la malade, le type d'intervention adopté est : colporraphie, amputation supra-vaginale du col et cure du prolapsus.

d) INTERVENTION le 7 septembre 1956

- Colporraphie antérieure
- Amputation supra-vaginale du col
- Colpomyorraphie postérieure.

PIECE OPERATOIRE n°9.551 - Dr. ISIDOR

"Fibrose hypertrophique du col - Epithélium de surface normale - Importantes modifications de la substance fondamentale qui se charge en muco-protéines et s'infiltré de mastocytes - Aspect de "collagénose".

e) SUITES OPERATOIRES :

Immédiates : normales

Ultérieures: surveillance jusqu'en novembre 1956, aucune anomalie n'est à noter.

o

OBSERVATION n°4 - Mme N... 39 ans. Hospitalisée dans le service de gynécologie le 22 octobre 1956 pour prolapsus utérin.

a) ANTECEDENTS :

Multipare

b) Le PROLAPSUS UTERIN est constitué par :

- Colpocystocèle très importante
- Hypertrophie du col
- Colporectocèle.

c) INDICATION OPERATOIRE : Etant donné les lésions cervicales le type d'intervention adopté a été l'association :

- colporraphie antérieure, amputation supra-vaginale du col, colpomyorraphie postérieure,

décision qui paraît avoir été prise indépendamment de l'âge de la malade.

d) INTERVENTION le 26 novembre 1956

- Cure de cystocèle
- Amputation supra-vaginale du col
- Myorraphie postérieure.

PIECE OPERATOIRE n°9.724 - Dr. ISIDOR

"Les fragments prélevés sur le segment cervical montrent un épaississement considérable de la paroi, épaississement déterminé par une imbibition d'une substance fondamentale particulièrement riche en mucoprotéine. On note en outre une hyperplasie collagène et un infiltrat lymphocytaire extrêmement prononcé. Cette muqueuse est revêtue par un épithélium pavimenteux de structure normale. Image histologique caractéristique de l'hyertrophie cervicale".

e) SUITES OPERATOIRES

Immédiates ; sans incident

Ultérieures: surveillance pendant 1 an, bon résultat anatomique et fonctionnel.

o

OBSERVATION n°5 - Mme M... 39 ans, hospitalisée dans le service de gynécologie le 19 octobre 1956 pour prolapsus utérin récidivant.

a) ANTECEDENTS :

- Multipare,
- Périnée compliqué lors du dernier accouchement
- Apparition d'un prolapsus utérin à la suite de cet accouchement, opéré à CHATEAU-

THIERRY : Cure de cystocèle et myorraphie postérieure.

b) ACTUELLEMENT : Le prolapsus est constitué par :

- Une rectocèle (lâchage presque complet de la myorraphie postérieure)
- Allongement hypertrophique du col, très important supra et intra-vaginal. C'est cet allongement qui en réalité donne l'impression de la récurrence de ce prolapsus.

c) INDICATION OPERATOIRE : Etant donné l'âge de la malade, le type d'intervention décidé est : Amputation supra-vaginale du col associée à myorraphie postérieure.

d) INTERVENTION le 24 octobre 1956 :

- Colporraphie antérieure
- Amputation supra-vaginale (Manchester)
- Colpo-myorraphie postérieure

PIECE OPERATOIRE n°9.716 - Dr. ISIDOR

"Les fragments prélevés sur le segment cervical montrent un épaississement considérable de la paroi, épaississement déterminé par une imbibition d'une substance fondamentale particulièrement riche en mucoprotéine. On note en outre une hyperplasie collagène et un infiltrat lymphocytaire extrêmement prononcé. Cette muqueuse est revêtue par un épithélium pavimenteux de structure normale. Image histologique caractéristique de l'hypertrophie cervicale".

e) SUITES OPERATOIRES : La malade a été revue pour la dernière fois 1 an après : aucune anomalie notée.

OBSERVATION n°6 - Mme C... 48 ans, hospitalisée dans le service de gynécologie le 26 avril 1957 pour prolapsus utérin.

a) ANTECEDENTS :

- Multipare,
- Traumatisme obstétrical récidivant lors des accouchements.

b) Le PROLAPSUS est apparu surtout depuis 2 ans environ et est constitué par :

- Cystocèle
- Rectocèle
- Allongement supra-vaginal avec hypertrophie cervicale.

c) INDICATION OPÉRATOIRE : Etant donné l'âge de la malade, le type d'intervention décidé est : Amputation supra-vaginale du col associée à la cure du prolapsus.

d) INTERVENTION le 29 avril 1957 :

- Colporraphie antérieure
- Amputation supra-vaginale du col (Manchester)
- Colpo-myorraphie postérieure.

PIECE OPERATOIRE n°10.470 - Dr. ISIDOR

"Les fragments prélevés en de nombreux points de la pièce opératoire montrent une paroi cervicale dont la structure est bien conservée dans l'ensemble. En surface on note toutefois de petites exulcérations et un état fortement inflammatoire du chorion superficiel. Les glandes sont rares parfois atrophiques, quelques nodules lymphoïdes dans la région exulcérée. Cervicite chronique exulcéreuse".

e) SUITES OPERATOIRES : La malade a été suivie régulièrement durant 2 années ; bon résultat fonctionnel et anatomique ; aucune anomalie notée.

o

OBSERVATION n°7 - Mme H... 27 ans, hospitalisée dans le service de gynécologie le 16 juillet 1956 pour prolapsus utérin.

a) ANTECEDENTS :

Une fausse couche spontanée en 1948

- 3 accouchements normaux (1949, 1951, 1954)

b) Le PROLAPSUS est apparu et s'aggrave depuis le dernier accouchement et est constitué par :

- Cystocèle importante
- Colporectocèle
- Prolapsus utérin du 2e degré.

c) INDICATION OPERATOIRE - Dans cette observation l'amputation supra-vaginale du col a été indiquée comme temps complémentaire de principe à la cure du prolapsus.

d) INTERVENTION le 18 juillet 1956 :

- Colporraphie antérieure
- Amputation supra-vaginale du col (Manchester)
- Colpomyorraphie postérieure
- Cure de la rétroversion par cloisonnement du Douglas et rétrécissement du ligament rond.

PIECE OPERATOIRE n°9.409 - Dr. CHOME

"Les nombreuses coupes montrent qu'il exis-

te une leucoplasie de surface avec quelques caractères inflammatoires localisés à la jonction glandulo-impigienne. Les glandes cervicales sont parfois dilatées et kystiques. Il n'existe pas de caractère histologique suspect sur ces prélèvements. Il existe seulement une petite dystrophie bénigne de l'épithélium de jonction."

e) SUITES OPERATOIRES

- Immédiates : normales

f) GROSSESSE : 3 mois après l'intervention, la malade débute une grossesse.

- Le développement de cette grossesse s'effectue normalement, jusqu'à terme.

- L'évolution sera, toutefois, marquée par des phénomènes douloureux pelviens et lombaires assez marqués.

- Le col reste fermé pendant toute la grossesse.

- L'importance de la sclérose cervicale faisant craindre une dystocie avec traumatisme cervico-vaginal possible il est décidé de faire une césarienne à terme avant travail.

- Césarienne pratiquée le 8 juillet 1957 donnant naissance à un enfant de 3,280 kg.

- Les suites lointaines ont été normales.

OBSERVATION n°8 - Mme C... 46 ans - Hospitalisée dans le service de gynécologie le 29 janvier 1957 pour prolapsus utérin.

a) ANTECEDENTS :

- 4 grossesses (1948, 1949, 1951 -
Gemellaire - 1953)

b) Le PROLAPSUS est apparu surtout depuis le dernier accouchement (1953) et est constitué par :

- Colpocystocèle très importante
- Prolapsus utérin du 2e degré
- Allongement hypertrophique du col
- Comporectocèle.

c) INDICATION OPERATOIRE

L'association de l'allongement hypertrophique du col aux lésions constituant le prolapsus et l'âge de la malade font adopter l'amputation supra-vaginale du col.

d) INTERVENTION le 2 août 1957

- Colporraphie antérieure avec dissection et suture des fascias de Halban.
- Amputation supra-vaginale du col (Manchester).
- Colpomyorraphie postérieure

PIECE OPERATOIRE n°10.807 - Dr. ISIDOR

"Les fragments prélevés sur le col montrent un très net amincissement du revêtement épithélial pavimenteux, un aspect normal de la muqueuse endocervicale. Le segment exocervical montre une fibrose très prononcée, cette fibrose reproduit de façon assez caractéristique l'image histologique d'une chéloïde".

e) SUITES OPERATOIRES

Immédiates : sans incident

Ultérieures: Bon résultat anatomique et fonctionnel.

o

OBSERVATION n°9 - Mme K... 43 ans, hospitalisée dans le service de gynécologie le 7 octobre 1957 pour prolapsus utérin.

a) ANTECEDENTS :

- 2 enfants (1930 et 1938) accouchements compliqués de déchirures périnéales
- 1 fausse couche

b) Le PROLAPSUS est apparu depuis 1 an et est constitué par :

- Cystocèle importante
- Rectocèle légère
- Hypertrophie cervicale importante avec allongement intra-vaginal léger.

c) INDICATION OPERATOIRE : Etant donné l'association de cette hypertrophie cervicale importante au prolapsus, l'amputation cervicale est indiquée - l'âge de la malade fait préférer une amputation supra-vaginale.

d) INTERVENTION le 25 octobre 1957

- Colporraphie antérieure
- Amputation supra-vaginale du col (Manchester)
- Colpomyorraphie postérieure

PIECE OPERATOIRE n°11.040 - Dr. ISIDOR

"Les fragments prélevés sur le col montrent d'importantes modifications de la paroi où

l'on note une hyperplasie collagène importante, une vascularisation très développée et la présence de nombreux mastocytes. Les modifications sont très caractéristiques de l'hypertrophie cervicale".

e) SUITES OPERATOIRES

Immédiates : normales

Ultérieures: cicatrisation vicieuse vaginale avec bride entraînant une dyspareunie.

o

OBSERVATION n°10 - Mme L..., 46 ans, hospitalisée dans le service de gynécologie le 29 octobre 1957 pour prolapsus utérin.

a) ANTECEDENTS : Multipare

b) Le PROLAPSUS est apparu depuis 2 ans et est constitué par :

- Colpocystocèle importante
- Allongement hypertrophique du col
- Légère colpocèle postérieure
- Prolapsus utérin du 2e degré

c) INDICATION OPERATOIRE : L'association des lésions cervicales au prolapsus utérin et l'âge de la malade font adopter une amputation supra-vaginale du col et cure du prolapsus.

d) INTERVENTION du 3 novembre 1957

- Colporraphie antérieure
- Amputation supra-vaginale du col
- Colpomyorraphie postérieure.

PIECE OPERATOIRE n°11.069 - Dr. ISIDOR

"Les fragments prélevés sur le col montrent une très nette hyperplasie collagène de la paroi, surtout dans les zones superficielles. Cette hyperplasie s'accompagne d'une très nette tendance fibrocytique et vasculaire très développée, il existe d'assez nombreux mastocytes et quelques kystes glandulaires à type d'oeuf de Naboth. Le revêtement épithélial présente une épaisseur très irrégulière, il est le siège de modifications d'ordre inflammatoire, modifications caractéristiques de l'hypertrophie cervicale".

e) SUITES OPERATOIRES

Immédiates : sans incident

Ultérieures: suivie pendant 1 an

bon résultat anatomique et fonctionnel.

o

OBSERVATION n°11 - Mme L... 37 ans, hospitalisée dans le service de gynécologie le 20 novembre 1957 pour prolapsus utérin.

a) ANTECEDENTS

- 5 enfants - déchirure périnéale lors du 1er accouchement.

b) Le PROLAPSUS est apparu depuis 2 années et est constitué par :

- Colpocystocèle
- Colporectocèle légère
- Allongement hypertrophique du col

c) INDICATION OPERATOIRE : Le type d'intervention adopté a été l'association col-

porraphie antérieure, amputation supra-vaginale du col, colpomyorraphie postérieure. Décision qui paraît avoir été prise indépendamment de l'âge de la malade.

d) INTERVENTION le 29 novembre 1957

- Colporraphie antérieure
- Amputation supra-vaginale du col (Manchester)
- Colpomyorraphie postérieure

PIECE OPERATOIRE n°11.164 - Dr. ISIDOR

"Les fragments prélevés sur le segment cervical montrent sous un revêtement pavimenteux souvent aminci, un chorion superficiel où l'on retrouve les modifications caractéristiques de l'hypertrophie cervicale (aspect myxoïde, vascularisation abondante, infiltrat mastocytaire)."

e) SUITES OPERATOIRES

Immédiates : normales

Ultérieures: la malade est suivie régulièrement, Bon résultat anatomique et fonctionnel.

Octobre 1960, c'est-à-dire 3 ans après l'intervention, grossesse qui au bout de 6 semaines est interrompue par une hémorragie très importante nécessitant un curetage d'urgence : Examen anatomo-pathologique n°14.737 Dr. ISIDOR : "Fragments d'annexes ovulaires correspondant à une gestation d'environ 6 semaines".

OBSERVATION n°12 - Mme M... 62 ans, hospitalisée dans le service de gynécologie le 11 mars 1958 pour prolapsus utérin.

a) ANTECEDENTS :

3 enfants (32, 28, 24 ans)
Ménopausée à 50 ans.

b) Le PROLAPSUS est apparu depuis 18 ans, et est constitué par :

- Colpocystocèle importante
- Colporectocèle
- Prolapsus utérin du 2e degré
- Col hypertrophique et légèrement allongé.

c) INDICATION OPERATOIRE : Etant donné l'association de l'hypertrophie cervicale aux lésions constituant le prolapsus et l'âge de la malade, le type d'intervention décidé est l'amputation supra-vaginale du col associée à la cure du prolapsus.

d) INTERVENTION le 25 mars 1958

- Colporraphie antérieure
- Amputation supra-vaginale du col (Manchester)
- Colpomyorraphie postérieure

PIECE OPERATOIRE n°11.561 - Dr. ISIDOR

"Les fragments prélevés sur le col réséqué montrent des modifications tout à fait caractéristiques de l'hypertrophie cervicale : oedème, hyper-genèse, collagène, hyper-genèse vasculaire et afflux de mastocytes".

e) SUITES OPERATOIRES

Immédiates : sans incident

Ultérieures : persistance d'une incontinence orthostatique d'effort. Nous avons suivi cette malade pendant 1 an. Bon résultat anatomique et fonctionnel.

o

OBSERVATION n°13 - Mme A..., 31 ans, hospitalisée dans le service de gynécologie le 15 mars 1958 pour prolapsus utérin.

a) ANTECEDENTS : 6 grossesses dont une gémellaire (1945, 1946, 1947, 1950, 1954, 1955).

b) Le PROLAPSUS est apparu à la suite du 4e accouchement et s'est accentué après chaque grossesse, il est constitué par :

- Colpocèle antérieure avec cystocèle
- Prolapsus utérin du 2e degré
- Colpocèle postérieure avec rectocèle
- Hypertrophie cervicale.

c) INDICATION OPERATOIRE : L'association d'une hypertrophie cervicale aux lésions constituant le prolapsus ont fait pencher malgré l'âge de la malade pour une amputation supra-vaginale complémentaire lors de la cure de prolapsus.

d) INTERVENTION le 17 mars 1958

- Colporraphie antérieure
- Amputation supra-vaginale du col
(Manchester)
- Colpomyorraphie postérieure.

PIECE OPERATOIRE n°11.523 - Dr. ISIDOR

"Image histologique caractéristique d'hypertrophie exo-cervicale, sous un revêtement

pavimenteux aminci le chorion est extrêmement développé et se présente comme on le trouve si régulièrement sous l'aspect d'un tissu chéloïdien.

e) SUITES OPERATOIRES

Immédiates : normales

Ultérieures: légère incontinence orthostatique d'effort mais s'améliorant dans la suite (5 mois après).

f) GROSSESSE : octobre 1958 - 7 mois après l'intervention grossesse qui se termine par un avortement spontané de 2 mois.

o

OBSERVATION n°14 - Mme B..., 38 ans, hospitalisée dans le service de gynécologie le 15 mars 1958 pour prolapsus utérin.

a) ANTECEDENTS

- 2 grossesses : 1ère en 1954 - Césarienne pour disproportion foeto-maternelle (enfant 4.070 g).

2e en 1957 - Forceps - déchirure périnéale.

b) Le PROLAPSUS est apparu à la suite du 2e accouchement et est constitué par :

- Colpocystocèle importante avec incontinence orthostatique d'effort.
- Prolapsus utérin du 2e degré
- Hypertrophie cervicale
- Colporectocèle
- Rétroversion utérine.

c) INDICATION OPERATOIRE : Le type d'intervention adopté a été l'association colporraphie antérieure, amputation supra-vagi-

nale du col, colpomyorrhaphie postérieure.
Décision qui paraît avoir été prise indépendamment de l'âge de la malade.

d) INTERVENTION le 28 mars 1958

- Colporraphie antérieure
- Amputation supra-vaginale du col
(Manchester)
- Colpomyorrhaphie postérieure.

PIECE OPERATOIRE n°11.590 - Dr. ISIDOR

"Les fragments prélevés sur le col réséqué montrent des modifications tout à fait caractéristiques de l'hypertrophie cervicale. Oedème, hypergenèse collagène, hypergenèse vasculaire et afflux de mastocytes".

e) SUITES OPERATOIRES

Immédiates : normales

Ultérieures: suivie pendant 1 an

bon résultat anatomique et fonctionnel.

o

OBSERVATION n°15 - Mme H... 58 ans, hospitalisée dans le service de gynécologie le 2 avril 1958 pour prolapsus récidivant.

a) ANTECEDENTS

- Un accouchement dystocique en 1926 avec déchirure périnéale
- Une fausse couche en 1932
- Le prolapsus est apparu en 1940 et a fait l'objet de 3 interventions par voie basse pour récurrence en 1940, 1944, 1945
- La malade est ménopausée depuis 1945.

b) ACTUELLEMENT : Il s'agit d'une récidive du prolapsus (cystocèle antérieure et rectocèle postérieure) associée à un allongement hypertrophique du col.

c) INDICATION OPERATOIRE : Etant donné l'âge, les récidives et l'allongement cervical le type d'intervention décidée est : Amputation supra-vaginale du col associée à la cure du prolapsus.

d) INTERVENTION le 4 avril 1958 :

- Colporraphie antérieure
- Amputation supra-vaginale du col (Manchester)
- Colpo-myorraphie postérieure.

PIECE OPERATOIRE n°11.611 - Dr. ISIDOR

"Les fragments prélevés sur le segment cervical montrent une importante fibrose intéressant presque toute l'épaisseur de la paroi. En surface, on trouve une petite ulcération et un état nettement hyperplasique et souvent kystique des glandes, qui sont enveloppées assez souvent par un infiltrat lymphoïde.

e) SUITES OPERATOIRES

suivie pendant une année
aucune anomalie notée.

o

OBSERVATION n°16 - Mme F... 4 ans, hospitalisée dans le service de gynécologie le 1er juillet 1958, pour prolapsus utérin.

a) ANTECEDENTS

- 2 accouchements normaux 1939 et 1941
- 1 césarienne en 1951

b) Le PROLAPSUS est constitué par

- cystocèle importante
- rectocèle
- hypertrophie et allongement supra-vaginal du col.

c) INDICATION OPERATOIRE : Etant donné l'âge de la malade et les lésions, le type d'intervention décidé est amputation supra-vaginal du col associée à la cure de prolapsus.

d) INTERVENTION le 4 juillet 1958 :

- Colporraphie antérieure avec suture des facias de Halban.
- Amputation supra-vaginale du col (Manchester)
- Colpo-myorrhaphie postérieure.

PIECE OPERATOIRE n°11.910 - Dr. ISIDOR

"Fibrose importante du chorion. Pas de modification de l'épithélium pavimenteux de surface".

e) SUITES OPERATOIRES

suivie pendant 3 années
aucune anomalie notée.

o

OBSERVATION n°17 - Mme B... 50 ans - hospitalisée dans le service de gynécologie le 18 août 1958 pour prolapsus utérin.

a) ANTECEDENTS

1 enfant (15 ans) déchirure périnéale.

b) Le PROLAPSUS est apparu depuis quelques années.

C'est un prolapsus du 3e degré avec déroulement vaginal complet et extériorisation de l'utérus.

Le col est considérablement allongé et hypertrophié.

c) INDICATION OPERATOIRE : Etant donné l'existence d'un allongement hypertrophique du col associé au prolapsus et l'âge de la malade qui désire conserver la possibilité de ses fonctions sexuelles, le type d'intervention adopté est l'amputation supra-vaginale du col associée à la cure du prolapsus.

d) INTERVENTION le 22 août 1958

- Colporraphie antérieure avec dissection et suture des fascias de Halban
- Amputation supra-vaginale du col (Manchester)
- Colpomyorraphie postérieure
- Suspension isthmo-discale.

PIECE OPERATOIRE n°12.050 - Dr. ISIDOR

"Sur le segment cervical, plusieurs faits à retenir. Une hypertrophie globale du chorion de la muqueuse exo-cervicale de type chéloïdian, un état très nettement papillomateux de l'épithélium pavimenteux de l'exocol localisé dans la région orificielle ; une muqueuse endo-cervicale, en certains points d'aspect végétant papillaire, en d'autres franchement adénomateux. Toutes ces modifications hyperplasiques sont de nature

strictement bénigne.

e) SUITES OPERATOIRES

Immédiates : sans incident

Ultérieures: suivie pendant 1 an, bon résultat anatomique et fonctionnel.

o

OBSERVATION n°18 - Mme K.. 37 ans - Hospitalisée dans le service de gynécologie le 24 septembre 1958, pour prolapsus utérin.

a) ANTECEDENTS :

2 enfants (1947, 1950) sans incidents connus.

b) Le PROLAPSUS est apparu depuis 1 an et est constitué par :

- Colpocystocèle importante
- Allongement hypertrophique du col, très important (col extériorisé)
- Colporectocèle

c) INDICATION OPERATOIRE : Le type d'intervention adopté a été l'association, colporraphie antérieure, amputation supravaginale du col, colpomyorraphie postérieure. Décision qui paraît avoir été prise indépendamment de l'âge de la malade.

d) INTERVENTION le 26 septembre 1958

- Colporraphie antérieure avec dissection et suture des fascias de Halban.
- Amputation supravaginale du col
- Colpomyorraphie postérieure (Manchester)
- Suspension isthmo-discale
- Ligature et suture des trompes.

PIECE OPERATOIRE n°12.145 - Dr. ISIDOR

"Les prélèvements effectués sur le segment cervical montrent une fibrose assez prononcée de la paroi conjonctive. Le revêtement pavimenteux de type exocervical est partout régulièrement normal!"

e) SUITES OPERATOIRES

Immédiates : sans incident

Ultérieures: malade suivie pendant 1 an, bon résultat anatomique et fonctionnel.

o

OBSERVATION n°19 - Mme D... 46 ans, hospitalisée dans le service de gynécologie le 20 octobre 1958, pour prolapsus utérin.

a) ANTECEDENTS :

3 enfants (1948, 1951, 1953)

b) Le PROLAPSUS est apparu depuis le dernier accouchement (1953). Depuis 1955, il est contenu par pessaire ; à cette période le col présentant un polype dont l'examen anatomopathologique n°8.474 (Dr. ISIDOR) révélait : un polype situé à la limite exocol et endocol, bénin dans son ensemble, mais avec toutefois des caractères cytologiques qui doivent conditionner la surveillance et une biopsie endocervicale dans 2 mois. Le 9 décembre 1955 une nouvelle biopsie est pratiquée n°8.762 - Dr. ISIDOR - montrant de petits fragments de muqueuse prélevée au niveau de la zone de jonction cylindro-pavimenteuse. Sur le versant externe, on trouve un épithélium pavimenteux reconstitué et de structure absolument normale. Sur le

versant endo-cervical, la muqueuse est revêtue par un épithélium cylindrique normal. En certains points, toutefois, il semble présenter une image de métaplasie pavimenteuse, de part et d'autre, le chorion se présente sous un aspect de tissu de granulation cicatriciel.

Ce prolapsus est constitué par :

- Cystocèle
- Colporectocèle
- Prolapsus utérin du 2e degré.

c) INDICATION OPERATOIRE : Etant donné l'association des lésions dysplasiques cervicales au prolapsus, le type d'intervention décidé est : Amputation supra-vaginale du col associée à la cure du prolapsus.

d) INTERVENTION le 27 octobre 1958

- Colporraphie antérieure avec dissection et suture des fascias de Halban
- Manchester
- Colpomyorraphie postérieure.

PIECE OPERATOIRE n°12.231 - Dr. ISIDOR

"Les nombreux prélèvements effectués sur le segment cervical montrent, au niveau du museau de tanche, un revêtement pavimenteux de structure normale et un conjonctif légèrement fibrosé. Sur le segment endo-cervical, on trouve de nombreux et importants foyers de métaplasie pavimenteuse, de type acanthomateux".

e) SUITES OPERATOIRES

Immédiates : normales

Ultérieures : normales pendant 1 an.

OBSERVATION n°20 - Mme Z... 32 ans, hospitalisée dans le service de gynécologie le 14 novembre 1955 pour prolapsus utérin.

a) ANTECEDENTS :

3 enfants (12, 10 et 9 ans) sans incidents connus, sinon une déchirure périnéale au 1er accouchement.

b) Le PROLAPSUS est apparu depuis 3 ans et est constitué par :

- Colpocystocèle
- Colporectocèle légère
- Prolapsus utérin du 2e degré
- Allongement cervical
- Rétroversion utérine.

c) INDICATION OPERATOIRE : L'association de l'allongement cervical fait pratiquer malgré l'âge de la malade une amputation supra-vaginale du col.

d) INTERVENTION le 17 novembre 1958

- Colporraphie antérieure avec dissection et suture des fascias de Halban
- Amputation supra-vaginale du col (Manchester)
- Colpomyorraphie postérieure
- Cloisonnement du Douglas
- Raccourcissement des ligaments ronds par plicature.

PIECE OPERATOIRE n°12.313 - Dr. ISIDOR

"Les fragments prélevés sur le segment cervical réséqué montrent un revêtement pavimenteux de type exo-cervical, légèrement papillomateux et surtout infiltré de granulocytes. L'infiltrat inflammatoire se retrou-

ve dans les couches superficielles du chorion. Les couches profondes et l'ensemble de la paroi de ce segment comportent une très riche armature collagène, sans toutefois évoluer vers la sclérose. La vascularisation y est très développée et l'on note une très nette hypertrophie de la paroi des artérioles.

e) SUITES OPERATOIRES :

Immédiates : normales

Ultérieures: la malade est suivie pendant 1 an - bon résultat anatomique et fonctionnel.

o

OBSERVATION n°21 - Mme G... 56 ans, hospitalisée dans le service de gynécologie le 3 juin 1959 pour prolapsus utérin.

a) ANTECEDENTS :

2 enfants (1925, 1931) déchirures périnéales.

1 fausse couche

Ménopause en 1952.

b) Le PROLAPSUS est apparu surtout depuis 1 an et est constitué par :

- Prolapsus utérin du 3e degré
- un déroulement vaginal total
- Allongement hypertrophique du col.

c) INTERVENTION le 8 juin 1959

- Colporraphie antérieure avec dissection et suture des fascias de Halban
- Amputation supra-vaginale du col (Manchester)

- Colpomyorrhaphie postérieure
- Suspension isthmo-discale.

PIECE OPERATOIRE n°11.626 - Dr. ISIDOR

"Les nombreux fragments prélevés sur le col réséqué montrent un état irrégulièrement hypercanthosique du revêtement pavimenteux qui possède en surface, une épaisse couche de cellules granuleuses. Cette couche superficielle est recouverte d'un enduit de Kératine.

Sur l'un des fragments on trouve une très importante exulcération dont le fond est constitué par un tissu de granulation.

Col leucoplasique exulcéré."

d) SUITES OPERATOIRES

Immédiates : normales

Ultérieures: suivie pendant 2 ans

Bon résultat anatomique et fonctionnel.

o

OBSERVATION n°22 - Mme Ch... 50 ans, hospitalisée dans le service de gynécologie le 25 février 1959 pour prolapsus utérin.

a) ANTECEDENTS

4 enfants (1941, 1943, 1950, 1953) sans incidents connus.

b) Le PROLAPSUS est surtout apparu depuis 1 an et est constitué par :

- Colpocystocèle antérieure
- Colporectocèle
- Prolapsus du 2e degré
- Rétroversion utérine

c) INDICATION OPERATOIRE

Dans cette observation l'amputation est pratiquée comme temps complémentaire de principe de la cure du prolapsus.

d) INTERVENTION le 27 février 1959

- Colporraphie antérieure avec dissection et suture des fascias de Halban
- Resserrement du col vésical selon le procédé de Marion
- Amputation supra-vaginale du col (Manchester)
- Colpomyorraphie postérieure
- Cure de rétroversion par raccourcissement par plicature des ligaments ronds.

PIECE OPERATOIRE n°12.689 - Dr. GUILAINE

"Image typique d'oeuf de Naboth sans aucun signe de malignité. Le revêtement malpighien est strictement normal".

c) SUITES OPERATOIRES

Immédiates : normales

Ultérieures: la malade est suivie pendant 3 ans - Bon résultat anatomique et fonctionnel.

o .

OBSERVATION n°23 - Mme N... 45 ans, hospitalisée dans le service de gynécologie le 20 mars 1959 pour prolapsus utérin.

a) ANTECEDENTS

3 enfants (14, 11, 4 ans) sans incidents connus.

b) Le PROLAPSUS est apparu depuis 2 ans environ et est constitué par :

- Colpocystocèle
- Colporectocèle
- Prolapsus utérin du 2e degré
- Allongement hypertrophique du col.

c) INDICATION OPERATOIRE

L'association des lésions cervicales, du prolapsus et l'âge de la malade font adopter une amputation supra-vaginale du col.

d) INTERVENTION le 23 mars 1959

- Colporraphie antérieure avec dissection et suture des fascias de Halban
- Amputation supra-vaginale du col
- Colpomyorraphie postérieure.

PIECE OPERATOIRE n°12.793 - Dr. ISIDOR

"Les fragments prélevés sur le segment cervical montrent une très importante érosion de l'épithélium pavimenteux. Le chorion mis à nu est le siège d'un important infiltrat lymphocytaire. Les glandes sont nombreuses, distendues, hypersécrétantes. Le chorion en profondeur est le siège d'une importante fibrose."

e) SUITES OPERATOIRES

Immédiates : sans incident

Ultérieures: suivie pendant 1 an, bon résultat anatomique et fonctionnel.

OBSERVATION n°24 - Mme C... 34 ans, hospitalisée dans le service de gynécologie le 10 août 1959 pour prolapsus utérin.

a) ANTECEDENTS

4 enfants (12, 7, 4, 2 ans) dont les poids de naissance étaient de 4 kilos.

b) Le PROLAPSUS est apparu depuis le dernier accouchement et est constitué par :

- Colpocystocèle
- Colporectocèle
- Prolapsus utérin du 2e degré
- Allongement et hypertrophie du col important
- Rétroversion utérine.

c) INDICATION OPERATOIRE - Le type d'intervention adopté a été l'association colpomyorrhaphie antérieure, amputation supravaginale du col, colpomyorrhaphie postérieure, décision qui paraît avoir été prise indépendamment de l'âge de la malade.

d) INTERVENTION le 21 août 1959

- Colporraphie antérieure
- Amputation supra-vaginale du col (Manchester)
- Colpomyorrhaphie postérieure
- Suspension isthmo-discale.

PIECE OPERATOIRE n°13.276 - Dr. ISIDOR

"L'étude histologique des fragments prélevés sur la pièce opératoire montre, sous un revêtement pavimenteux de type exocervical, un chorion très fortement fibrosé sans infiltrat inflammatoire. En profondeur, on trouve de nombreuses glandes extrêmement distendues, d'allure kystique".

e) SUITES OPERATOIRES

Immédiates : normales

Ultérieures: Pas revue.

o

OBSERVATION n°25 - Mme D... 48 ans, hospitalisée dans le service de gynécologie le 21 août 1959 pour prolapsus utérin du 3e degré.

a) ANTECEDENTS :

1 enfant en 1949

1 fausse couche en 1951.

b) Le PROLAPSUS est apparu depuis 1 an. C'est un prolapsus du 3e degré avec déroulement total des parois vaginales ; extériorisation de l'utérus, énorme allongement hypertrophique du col.

c) INDICATION OPERATOIRE

Etant donné l'âge de la malade et les lésions cervicales associées du prolapsus, le type d'intervention décidé est : Amputation supra-vaginale du col associée à la cure du prolapsus.

d) INTERVENTION le 11 septembre 1959 :

- Colporraphie antérieure
- Amputation supra-vaginale du col (Manchester)
- Colpomyorraphie postérieure
- Suspension isthmo-discale.

PIECE OPERATOIRE - n°13.334 - Dr. ISIDOR

"Les fragments prélevés sur la pièce opératoire montrent une fibrose très prononcée

de la paroi cervicale qui est revêtue par un épithélium pavimenteux nettement atrophique".

e) SUITES OPERATOIRES

Immédiates : normales

Ultérieures: la malade est suivie pendant un an, bon résultat anatomique et fonctionnel.

o

OBSERVATION n°26 - Mme G... 41 ans - Hospitalisée dans le service de gynécologie le 11 novembre 1959 pour prolapsus utérin.

a) ANTECEDENTS

- 2 grossesses (1947 et 1957) sans incident connu.

b) Le PROLAPSUS est apparu depuis 1 an environ et est constitué par :

- Cystocèle importante
- Colporectocèle ..
- Hypertrophie cervicale (7 cm) et allongement
- Prolapsus utérin du 2e degré
- Rétroversion utérine.

c) INDICATION OPERATOIRE

L'association des lésions cervicales, le prolapsus utérin du 2e degré et l'âge de la malade font adopter une amputation supra-vaginale du col et cure de la rétroversion.

d) INTERVENTION le 16 novembre 1959

- Colporraphie antérieure
- Amputation supra-vaginale du col (Manchester)

- Colpomyorraphie postérieure
- Hystéropexie isthmique avec cloisonnement du Douglas.

PIECE OPERATOIRE n°13.579 - Dr. ISIDOR

"L'étude histologique des fragments prélevés sur le segment cervical montre un revêtement pavimenteux de type exo-cervical, parfaitement normal. Le chorion et la paroi cervicale sont nettement fibrosés. La portion endo-cervical montre en surface un léger infiltrat inflammatoire".

e) SUITES OPERATOIRES

Immédiates : sans incident
Ultérieures: suivie pendant 1 an -
bon résultat anatomique et fonctionnel.

o

OBSERVATION n°27 - Mme B..., 48 ans. Hospitalisée dans le service de gynécologie le 13 janvier 1959 pour prolapsus utérin.

a) ANTECEDENTS : 13 grossesses

b) Le PROLAPSUS est apparu depuis quelques années et s'aggrave progressivement. Il est constitué par :

- Colpocystocèle importante
- Colporectocèle
- Allongement hypertrophique du col
- Prolapsus utérin du 2e degré

c) HISTOIRE

Mais cette malade présente depuis plusieurs années des épisodes de métrorragies qui ont

motivé différentes explorations pratiquées dans un centre de dépistage et que nous résumons ici.

- Décembre 1956 : Métrorragies (surveillance à l'Hôpital Necker). Les examens se sont révélés négatifs, à noter cependant que des frottis vaginaux s'étaient montrés de la classe III.

- 1957 : Règles normales, sans métrorragies. En novembre aménorrhée pour laquelle elle consulte le Centre de Sécurité sociale. "Col normal au toucher, descendant assez bas dans le vagin - utérus un peu augmenté de taille - mobile, annexes cliniquement saines".

Au speculum : col congestif.

A la colposcopie : zone de remaniement à type de fausse mosaïque au niveau de la lèvre antérieure.

Biopsie : Le chorion oedémateux et inflammatoire en surface, contient une crypte glandulaire qui s'ouvre largement sur les versants d'une muqueuse pavimenteuse très riche en atypies cytologiques et en mitoses.

Celles-ci restent strictement dans les couches profondes et la maturation évolutive en surface est normale.

Il s'agit cependant d'une lésion à surveiller.

Colpocytologie : classe III

- 1958 : janvier (2 mois ½ après le bilan précédent)

Biopsie plus profonde et plus large montre

alors :

"Muqueuse de type exocervical hyperplasique et leucoplasique sur un chorion fibreux riche en capillaires à disposition radiée : impression de lésion cicatricielle. Cependant, il apparaît à 2 niveaux des atypies cytologiques assez intenses : lésion à surveiller".

Cytologie : Frottis classe IV

- Avril : toujours pas de métrorragie
Règles régulières.

Colposcopie : Lésions paraissant plus étendues que précédemment - ectropion en voie de constitution avec une zone centrale à type de mosaïque.

Colpocytologie : classe IV

Biopsie : "Muqueuse hyperplasique avec de très nombreux éléments anaplasiques, des mitoses et une tendance végétante. On ne peut cependant affirmer un processus épithéliomateux, mais il s'agit d'aspects très suspects".

- Juin : Nouveaux examens toujours pratiqués au Centre de Sécurité Sociale.

Cliniquement : Lésions paraissant moins étendues.

Colpocytologie : classe II

Biopsie : "La muqueuse est de type exocervical. Ses couches profondes sont par zones, franchement anaplasiques et riches en mitoses atypiques. Il persiste toujours cependant, quelques assises en surface, où brutalement on retrouve une maturation normale. Il n'apparaît pas de rupture de la basale".

Trois hypothèses :

Cervicite atypique

Stade 0

Propagation intra-muqueuse d'un épithélioma voisin.

Dans tous les cas, il s'agit d'une très belle image histologique hautement suspecte".

- Octobre 1958 : La malade est hospitalisée à Saint-Germain en Laye. Devant l'association prolapsus - allongement hypertrophique du col - dysplasie suspecte du col, le type d'intervention décidé est : Amputation supra-vaginale du col associée à la cure du prolapsus.

d) INTERVENTION le 16 janvier 1959

- Colporraphie antérieure avec suture des fascias de Halban
- Amputation supra-vaginale du col (Manchester)
- Colpomyorraphie postérieure

PIECE OPERATOIRE n°11.064 C - Dr. ISIDOR -

"Les fragments prélevés sur le col réséqué montrent localisé strictement à la muqueuse exo-cervicale, un état nettement atypique de l'épithélium de surface. Cette atypie comporte un état anaplasique des éléments épithéliaux, de multiples anomalies nucléaires, l'augmentation du rapport nucléocytoplasmique, et de nombreuses mitoses situées sur toute la hauteur du revêtement. Les caractères des segments épithéliaux qui se trouvent de part et d'autre de cette zone, ainsi modifiée permettent de penser que cet épithélioma intra-épithélial s'est développé au niveau d'un épithélium leucoplasique. Le trait

de résection passe largement au-delà de la zone épithéliomateuse.

e) SUITES OPERATOIRES : normales

Ultérieures : suivie pendant 2 ans

Bon résultat anatomique et fonctionnel.

o

OBSERVATION n°28 - Mme G... 49 ans, hospitalisée dans le service de gynécologie le 11 janvier 1960 pour prolapsus utérin.

a) ANTECEDENTS

- 4 enfants (1934, 1936, 1938, 1940) sans incidents connus
- Ménopausée depuis 1957 (46 ans)

b) Le PROLAPSUS est surtout apparu depuis la ménopause et est constitué par :

- Colpocèle antérieure avec volumineuse cystocèle
- Légère colpocèle postérieure
- Prolapsus utérin du 2e degré
- Allongement et hypertrophie cervicale
- Rétroversion utérine.

c) INDICATION OPERATOIRE : Etant donné les lésions cervicales le prolapsus et l'âge de la malade le type d'intervention décidé est : Amputation supra-vaginale du col avec la cure de prolapsus.

d) INTERVENTION le 18 janvier 1960

- Colporraphie antérieure avec suture des fascias de Halban
- Amputation supra-vaginale du col (Manchester)
- Colpomyorraphie postérieure
- Cloisonnement du Douglas.

PIECE OPERATOIRE n°13.782 - Dr. ISIDOR -

"L'étude histologique des fragments prélevés sur la pièce opératoire montre un état légèrement et partiellement dysplasique de l'épithélium pavimenteux de l'exocol. Le chorio superficiel présente un infiltrat inflammatoire assez prononcé et une très nette fibrose de la paroi cervicale. Cette fibrose évolue très nettement vers la sclérose.

e) SUITES OPERATOIRES :

immédiates : sans incident

ultérieures: suivie pendant 1 an, aucun incident à noter, bon résultat anatomique et fonctionnel.

o

OBSERVATION n°29 - Mme B... 39 ans, hospitalisée dans le service de gynécologie le 4 mai 1961 pour prolapsus utérin.

a) ANTECEDENTS

- 4 enfants (1948, 1949, 1955, 1960, sans incidents connus)
- une fausse couche en 1953.

b) Le PROLAPSUS est apparu à la suite du 3e accouchement et s'aggrave particulièrement à la suite du 4e accouchement.

Il est constitué par :

- Colpocèle antérieure avec cystocèle
- Prolapsus utérin du 2e degré
- Colporectocèle
- Hypertrophie cervicale avec allongement supra-vaginal du col.

c) INDICATION OPERATOIRE

Le type d'intervention adopté a été l'association : colporraphie antérieure, amputation supra-vaginale du col, colpomyorraphie postérieure. Décision qui paraît avoir été prise indépendamment de l'âge de la malade.

d) INTERVENTION le 8 mai 1961

- Colporraphie antérieure
- Amputation supra-vaginale du col (Manchester)
- Colpomyorraphie postérieure
- Cloisonnement du Douglas.

PIECE OPERATOIRE n°15.447 - Dr. ISIDOR -

"L'étude histologique des prélèvements effectués dans les différents secteurs du col, montre, au niveau du segment exo-cervical, un épithélium pavimenteux de surface, de structure normale, recouvrant un chorion légèrement inflammatoire. Au niveau du segment endocervical, on retrouve le même infiltrat lymphocytaire assez discret. Plus en profondeur, la paroi cervicale est le siège d'une fibrose hypertrophique. Hypertrophie du col.

e) SUITES OPERATOIRES

Immédiates : normales

Actuellement : bon résultat anatomique et fonctionnel.

OBSERVATION n°30 - Mme B..D.. 43 ans, hospitalisée dans le service de gynécologie le 29 mai 1961 pour prolapsus utérin.

a) ANTECEDENTS

- 4 enfants (1947, 1953, 1955, 1957) sans incidents connus
- 1 fausse couche.

b) Le PROLAPSUS est apparu depuis le dernier accouchement (4 ans).

C'est un prolapsus utérin du 3e degré avec colpocèle antérieure et cystocèle importante.

Une colpocèle postérieure importante avec un allongement hypertrophique du col (7 cm).

Rétroversion utérine.

c) INDICATION OPERATOIRE :

Etant donné :

- l'importance des lésions constituant le prolapsus
- l'existence de l'allongement cervical
- l'âge de la malade, le type d'intervention décidé est : l'amputation supra-vaginale du col associée à la cure du prolapsus.

d) INTERVENTION le 2 juin 1961

- Colporraphie antérieure avec dissection et suture des fascias de Halban
- Amputation supra-vaginale du col (Manchester)
- Colpomyorraphie postérieure
- Suspension isthmo-discale
- Ligature et section des trompes.

PIECE OPERATOIRE n°15.550 - Dr. ISIDOR -

"L'étude histologique du prélèvement effectué sur la pièce opératoire montre essentiellement une importante sclérose de la paroi cervicale, tant au niveau de l'exocol qu'au niveau du canal endo-cervical. Le revêtement

épithélial et les glandes ont conservé une structure normale.

e) SUITES OPERATOIRES

Immédiates : normales

Suivie jusqu'à maintenant, bon résultat anatomique et fonctionnel.

o

OBSERVATION n°31 - Mme R... 65 ans, hospitalisée dans le service de gynécologie le 5 juin 1961 pour prolapsus récidivant du col restant.

a) ANTECEDENTS

- 2 enfants (38 et 27 ans)
- prolapsus apparu à la suite du 2e enfant
- 18 mois après son accouchement : cure du prolapsus + kyste ovaire
- 1945 : kyste + fibrome (hystérectomie subtotale)
- 1947 : cure du prolapsus post hystérectomie
- 1959 : cure du prolapsus, finalement port d'un pessaire étant donné la récurrence.

b) Le PROLAPSUS utérin du 3e degré sur col restant constitué par :

- Rectocèle
- Cystocèle
- Allongement considérable du col restant.

c) INDICATION OPERATOIRE

Etant donné l'association des lésions cervicales au prolapsus et l'âge de la malade, le type d'intervention adopté est amputation supra-vaginale du col et cure du prolapsus.

d) INTERVENTION le 9 juin 1961

- Colporraphie antérieure (Halban)
- Amputation supra-vaginale du col (Manchester Fothergill)
- Colpomyorraphie postérieure + résection du Douglas
- Cloisonnement du Douglas + Suspension isthmo-discale.

PIECE OPERATOIRE n°15.572 - Dr. ISIDOR -

"L'étude histologique des prélèvements effectués sur la pièce opératoire montre une structure franchement leucoplasique du revêtement épithélial pavimenteux de la muqueuse exo-cervicale. Le chorion et la paroi fibromusculaires sont fortement fibrosés. On note sur le versant vaginal de la paroi cervicale, de petits foyers réactionnels à type de granulome par corps étrangers.

e) SUITES OPERATOIRES

Immédiates : normales

Ultérieures: suivie jusqu'en septembre 61.
Bon résultat anatomique et fonctionnel.

o

OBSERVATION n°32 - Mme T... 64 ans, hospitalisée dans le service de gynécologie le 19 octobre 1961 pour prolapsus utérin.

a) ANTECEDENTS

- 4 enfants (40, 35, 32, 30 ans) sans anomalie connue
- Ménopausée à 40 ans

b) Le PROLAPSUS est apparu il y a 15 ans, contenu jusqu'alors par un pessaire. Il est

constitué par :

- Cystocèle importante
- Allongement hypertrophique du col
- Colporectocèle
- Prolapsus utérin du 2e degré.

c) INDICATION OPERATOIRE

Etant donné l'existence des lésions cervicales, l'âge de la malade, le type d'intervention décidé est l'amputation supra-vaginale du col associée à la cure du prolapsus.

d) INTERVENTION le 23 octobre 1961

- Colporraphie antérieure (Halban)
- Amputation supra-vaginale du col (Manchester-Fothergill)
- Colpomyorraphie postérieure - Résection du Douglas
- Fixation isthmo-discale.

PIECE OPERATOIRE n°16.014 - Dr. ISIDOR -

"L'étude histologique des prélèvements effectués sur la pièce opératoire montre, sous un revêtement épithélial pavimenteux normal, une muqueuse exo-cervicale fortement fibrosée et hypertrophique".

e) SUITES OPERATOIRES

Immédiates : sans incident

Ultérieures: suivie pendant 1 an, bon résultat anatomique et fonctionnel.

o

OBSERVATION n°33 - Mme L... 42 ans, hospitalisée dans le service de gynécologie le 19 octobre 1961 pour prolapsus utérin.

a) ANTECEDENTS

- 4 grossesses (1949, 1951, 1956, 1960)
- Dernier accouchement dystocique (Forceps sur tête dernière, présentation podalique), avec déchirure périnéale.

b) Le PROLAPSUS est apparu à la suite de ce dernier accouchement soit il y a un an et est constitué par :

- Colpocèle antérieure importante
- Cystocèle
- Allongement hypertrophique du col très important
- Colpocèle postérieure
- Prolapsus utérin du 1er degré
- Rétroversion utérine

c) INDICATION OPERATOIRE

Etant donné l'âge de la malade, l'existence d'un allongement hypertrophique du col associé au prolapsus, le type d'intervention décidé est : amputation supra-vaginale du col associé à la cure du prolapsus.

d) INTERVENTION le 3 novembre 1961 :

- Colporraphie antérieure avec suture des fascias de Halban
- Amputation supra-vaginale du col (Manchester)
- Colpomyorraphie postérieure
- Cloisonnement du Douglas.

PIECE OPERATOIRE n°16.057 - Dr. ISIDOR

"L'étude histologique des prélèvements effectués sur la pièce opératoire montre un état franchement hyperplasique du chorion de la muqueuse cervicale et d'une bonne partie de la paroi fibro-musculaire. Au niveau du

chorion, la vascularisation est très développée ; en surface, l'épithélium pavimenteux est nettement aminci.

Image caractéristique d'hypertrophie cervicale dont la structure évoque, comme on le constate très régulièrement, un processus de type chéloïdien.

e) SUITES OPERATOIRES : Jusqu'alors normales.

.

OBSERVATION n°34 - Mme L... 32 ans, hospitalisée dans le service de gynécologie le 7 novembre 1961 pour prolapsus utérin.

a) ANTECEDENTS :

- 3 grossesses (13 ans, 7 ans, 2 ans ½)

Le dernier accouchement état dystocique (siège, 4 kg, ayant nécessité un forceps sur tête dernière).

b) Le PROLAPSUS est apparu depuis 1 an environ et est constitué par :

- Un prolapsus utérin avec allongement hypertrophique du col, très important.
- Associé à une légère colpo-cystocèle et colpo-rectocèle.

c) INDICATION OPERATOIRE

Etant donné l'importance de l'allongement hypertrophique du col il est décidé de faire une amputation supra-vaginale, mais étant donné l'âge de la malade, tenant compte du fait qu'elle ne désire plus de maternité, cette intervention sera complétée par une stérilisation.

d) INTERVENTION le 10 novembre 1961 :

- Colporraphie antérieure avec suture des fascias de Halban
- Amputation supra-vaginale du col
- Colpo-myorraphie postérieure
- Cloisonnement du Douglas avec raccourcissement du ligament rond
- Section et enfouissement des trompes.

PIECE OPERATOIRE - n°16.079 - Dr. ISIDOR -

"L'étude histologique des prélèvements effectués sur la pièce opératoire montre d'importantes modifications du chorion et de la paroi musculaire du segment cervical qui est revêtu par un épithélium légèrement aminci. C'est surtout au niveau du chorion que l'on note d'importantes modifications qui se traduisent par un oedème important, une hyperplasie de la trame collagène et une vascularisation jeune et très développée. Image caractéristique d'hypertrophie cervicale dont la structure comme cela est la règle, est comparable à celle d'une chéloïde."

e) SUITES OPERATOIRES

Jusqu'alors normales.

o .

OBSERVATION n°35 - Mme G... 37 ans, hospitalisée dans le service de gynécologie le 4 septembre 1962 pour prolapsus utérin.

a) ANTECEDENTS

- 3 enfants (14, 11 et 1 an)

b) Le PROLAPSUS est apparu à la suite du

3e accouchement et est constitué par :

- Colpocystocèle importante
- Prolapsus utérin du 3e degré
- Allongement du col très important
- Colporectocèle
- Rétroversion utérine

c) INTERVENTION le 6 septembre 1961

- Colporraphie antérieure
- Amputation supra-vaginale du col
(Manchester)
- Colpomyorraphie postérieure
- Raccourcissement des ligaments ronds par
voie abdominale.

PIECE OPERATOIRE - n°14.806 - Dr. ISIDOR

"L'étude histologique des fragments prélevés montre sur une très grande surface un état très nettement leucoplasique du revêtement épithélial de l'exocol. Au-dessous de cet épithélium la paroi est nettement fibrosée surtout autour des rameaux vasculaires.

d) SUITES OPERATOIRES

Immédiates : normales

Ultérieures: jusqu'à maintenant normales.

- II -

OBSERVATIONS
DYSTROPHIES CERVICALES REBELLES

-:-

OBSERVATION n°36 - Mme M..., 46 ans, hospitalisée dans le service de gynécologie le 1er avril 1957 pour lésions dystrophiques cervicales récidivantes.

a) ANTECEDENTS

- 2 enfants (22 et 18 ans)
- 2 fausses couches.

b) HISTOIRE

- Depuis plusieurs années la malade est traitée pour lésions dystrophiques cervicales avec ectropion.

- Deux électrocoagulations endo et exocervicales ont été pratiquées.

- La malade est adressée en consultation dans le service en février 1957 pour récurrence des lésions cervicales avec métrorragies provoquées.

- L'examen révèle alors l'existence d'un col hypertrophique polykystique siège d'un ectropion important saignant au contact.

- Les différents examens de dépistage pratiqués : colposcopie, colpocytologie, histologie ne révèlent aucune dysplasie suspecte.

c) INDICATION OPERATOIRE

L'hypertrophie cervicale, la récurrence des lésions dystrophiques malgré les traitements habituels et l'âge de la malade, ont fait porter l'indication d'une amputation supravaginale du col.

d) INTERVENTION le 7 mars 1957

- Amputation supra-vaginale du col (Manchester).

PIECE OPERATOIRE n°10.265 - Dr. ISIDOR -

"Les fragments prélevés systématiquement sur tout le pourtour du col amputé montrent une muqueuse exo-cervicale revêtue par un épithélium pavimenteux absolument normal. Le chorion sous jacent et la paroi elle-même ne montrent aucune anomalie de structure. Sur le versant endo-cervical on constate de petits foyers isolés de métaplasie pavimenteuse de l'épithélium de surface, on ne trouve nulle part, d'image de prolifération néoplasique. Endo-cervicite subaiguë métaplasique."

e) SUITES OPERATOIRES

Immédiates : sans incident

Ultérieures: suivie jusqu'à maintenant
(4 ans) - Bons résultats anatomique et fonctionnel.

OBSERVATION n°37 - Mme D... 46 ans, hospitalisée dans le service de gynécologie le 25 février 1959 pour lésions dystrophiques cervicales récidivantes.

a) ANTECEDENTS

- 1 enfant (21 ans)
- Opérée d'un prolapsus, colpomyorrhaphie classique en 1943.

b) HISTOIRE

Depuis plusieurs années la malade est trai-

tée pour "métrite cervicale" récidivante.

- L'examen révèle lors de l'admission à l'hôpital :

- Une hypertrophie cervicale très importante
- Une dystrophie polykystique
- Un ectropion important
- Zones de mosaïques à la limite de l'ectropion
- Un prélèvement biopsique n°12.613 (Dr. ISIDOR) montre des fragments d'une muqueuse de type exo-cervical revêtue par un épithélium pavimenteux normal sur une petite longueur, nettement atypique sur le reste de la surface de la muqueuse. Cet épithélium est en effet anormalement mince ; il ne comporte que deux ou trois assises cellulaires. Les éléments présentent un très net trouble de la polarité cellulaire, une légère anisonucléose et, pour certaines d'entre elles, une élévation du rapport nucléo-cytoplasmi-que. Le chorion sous-jacent de cette zone superficielle est le siège d'un infiltrat inflammatoire.

c) INTERVENTION le 27 février 1959

- Amputation supra-vaginale du col.

PIECE OPERATOIRE - n°12.688 - Dr. GUILLAIN

"Aucune image histologique de malignité sur les trois coupes examinées. Le revêtement malpighien paraît partout normal. Les glandes endo-cervicales sont peu dilatées et le stroma un peu scléreux.

d) SUITES OPERATOIRES

Immédiates : sans incident

Ultérieures : bon résultat anatomique et fonctionnel - 2 ans.

OBSERVATION n°38 - Mme E... 43 ans, hospitalisée dans le service de gynécologie pour lésion dystrophique du col récidivante le 29 mai 1961.

a) ANTECEDENTS

- 2 enfants 20 et 18 ans
- Nombreux avortements provoqués après ses 2 maternités.

b) Cette malade est traitée depuis plusieurs années pour leucorrhée. Elle est suivie à la consultation du service depuis novembre 1960. A cette période la leucorrhée purulente est attribuée à une métrite cervicale importante avec endo et exco-cervicite sur col très hypertrophique. Les différents examens : colposcopie, cytologie, n'ont révélé aucune dysplasie suspecte. En décembre 1960 une large électrocoagulation endo et exo-cervicale est pratiquée sous traitement antibiotique local et général. Les suites sont normales mais le résultat de ce traitement local s'avère plusieurs mois après très incomplet. La leucorrhée purulente persiste. De nombreuses formations kystiques réapparaissent sur le col. La glaire redevient très purulente.

c) INDICATION OPERATOIRE

Bref, métrite cervicale et récidivante depuis de nombreuses années malgré une large électrocoagulation endo et exo-cervicale, survenant sur un col hypertrophique, polykystique et chez une femme de 43 ans. La décision d'une amputation supra-vaginale du col est acceptée par la malade.

d) INTERVENTION le 30 mai 1961

- Amputation supra-vaginale du col.

PIECE OPERATOIRE n°15.539 - Dr. ISIDOR -

"L'étude histologique des prélèvements effectués sur le segment cervical réséqué montre une structure superposable d'un point à un autre, sur un revêtement épithélial pavimenteux de structure normale, le chorion superficiel le présente un état oedémateux associé à une hyperplasie fibrocytique et à une hypergénèse assez prononcée. L'ensemble étant assez superposable à ce que l'on observe au niveau des chéloïdes - Hypertrophie cervicale."

e) SUITES OPERATOIRES

Immédiates : normales

Ultérieures: bon résultat anatomique et fonctionnel.

- III -

OBSERVATIONS
EPITHELIOMAS INTRAEPITHELIAUX

-:-:-

OBSERVATION n°39 - Mme H... 47 ans, hospitalisée dans le service de gynécologie le 13 novembre 1956 pour métrorragies post-ménopausiques (Ménopausée à 45 ans) apparues depuis 1 an.

a) ANTECEDENTS

- du point de vue obstétrical
 - 1 grossesse normale en 1934
 - 1 fausse couche spontanée en 1936
 - 1 grossesse extra-utérine en 1937
- point de vue général
 - 1 bloc de branche gauche.

b) Le BILAN gynécologique pratiqué pour rechercher l'étiologie des métrorragies a montré :

- Cystérographie normale
- Biopsie cervicale n°9.823 - Dr.ISIDOR -

"Le prélèvement biopsique montre un important fragment d'une muqueuse de type exocervical. Dès le faible grossissement on est frappé par une tendance hyperplasique extrêmement prononcée de l'épithélium pavimenteux à tendance hyperplasique qui s'accompagne d'anomalies morphologiques tant topographiques que cytologiques. On trouve, outre, ces caractères anormaux un nombre assez élevé de mitoses (dispersion chromosomique fréquente), anaplasie et très grande irrégularité dans le volume des noyaux. Cet épithélium, ainsi modifié, semble être bordé assez régulièrement par une vitrée qui n'est rompue en aucun point. On peut donc se

demandeur, s'il ne s'agit pas là, au moins,
d'un épithélioma intra-épithélial."

- Curetage endométrial n°9.825 - Dr.ISIDOR

"Le prélèvement effectué par curetage montre des petits fragments d'une muqueuse endométriale à l'état folliculinique, état nettement atrophique sans autre caractère particulier".

c) INDICATION OPERATOIRE

Etant donné la suspiscion d'épithélioma intra-épithélial, une amputation supra-vaginale du col est pratiquée.

d) INTERVENTION le 1er décembre 1956

- Amputation supra-vaginale du col.

PIECE OPERATOIRE n°9.886 - Dr. ISIDOR -

"Les fragments prélevés sur la totalité du segment cervical excisé permettent de retrouver à l'examen histologique des modifications épithéliales identiques à celles qui avaient été constatées sur le prélèvement biopsique. Ces modifications atteignent très irrégulièrement le revêtement épithélial du col. Cet épithélium se présente en effet, en dehors des zones néoplasiques sous un aspect normal, tantôt sous un aspect atrophique. Dans les régions tumorales on retrouve exactement une structure d'épithélioma intra-épithélial qui n'indique sur la série des coupes examinées aucune tendance envahissante même minime".

e) SUITES OPERATOIRES

Immédiates : normales

Ultérieures : La surveillance a pu être régulière trois années et n'a révélé aucune anomalie ni clinique ni anatomo-pathologique. En juillet 1958 (plus d'un an $\frac{1}{2}$ après l'amputation) un prélèvement biopsique a été fait au niveau d'un petit bourgeon cervical (n°11.954 - Dr. ISIDOR) - "Le prélèvement biopsique montre des fragments d'une muqueuse de type exocervicale revêtue par un épithélium pavimenteux de structure très régulièrement normale. Le chorion sous-jacent est légèrement inflammatoire. On ne retrouve aucun signe d'épithélioma intra-épithélial".

o

OBSERVATION n°40 - Mme D... 30 ans - Hospitalisée dans le service de gynécologie le 10 février 1958 pour traitement d'un épithélioma in situ.

a) ANTECEDENTS

- 1 enfant en 1957 après 11 ans de mariage

b) Histoire

- La malade est vue en janvier 1958 à l'occasion d'un examen de contrôle post-natal (accouchement 27 septembre 1957). Elle allaite son enfant - Son retour de couches n'est pas encore apparu. L'examen clinique révèle l'existence d'un col exulcéré siège d'un ectropion important.

- Colposcopie : ectropion important entouré d'une zone de remaniement au niveau de laquelle on découvre une dysplasie à type de mosaïque.

- Biopsie dirigée (Dr. ISIDOR n°9.907-C) - Le prélèvement biopsique montre des fragments

d'un épithélium pavimenteux dont la structure est nettement atypique. On retrouve, en effet, un important bouleversement architectural intéressant toute l'épaisseur de l'épithélium. Les éléments, disposés sans aucune orientation, sont de dimensions assez irrégulières ; leur cytoplasme relativement réduit enferme un noyau très irrégulier, à chromatine souvent poussiéreuse. Les mitoses sont très nombreuses ; il en est de très atypiques, et l'on trouve fréquemment des métaphases à trois groupes. Il semble que la vitrée de cet épithélium soit respectée sur toute la longueur des fragments prélevés et les débris de chorion très fibrosés, semblent indemnes de tout envahissement. Epithélioma intra-épithélial de l'exocol.

Etant donné le jeune âge de la malade, son désir ardent d'une nouvelle maternité, le type d'intervention décidé est l'amputation supra-vaginale du col.

c) INTERVENTION le 12 février 1958

- Amputation supra-vaginale du col siégeant $\frac{1}{2}$ cm de l'isthme utérin et enlevant 1 cm de colerette vaginale.

PIECE OPERATOIRE n°11402 - Dr. ISIDOR -

"Les nombreux fragments prélevés sur le segment cervical de l'utérus permettent de retrouver l'image histologique observée sur le prélèvement biopsique. Il s'agit bien d'un épithélioma intra-épithélial plurifocal, à topographie orificielle. On doit noter toutefois sur l'une des coupes, une tendance légèrement extensive du processus tumoral. L'extension ne dépasse toutefois pas la zone des glandes.

Cette topographie permet donc de maintenir
le diagnostic d'épithélioma intra-épithélial."

e) SUITES OPERATOIRES

Immédiates : Normales

Ultérieures: Surveillance régulière

clinique	}	rien à signaler jusqu'à maintenant.
colpocytologique		
colposcopique		

CONCLUSIONS

-:-

A propos de 40 observations d'amputations supra-vaginales du col utérin pratiquées dans le service de gynécologie obstétrique du Centre Hospitalier de Saint-Germain en Laye, nous avons particulièrement étudié et discuté :

1) Les indications de ce type d'intervention:

a) Le prolapsus utérin constitue l'indication la plus fréquente (35 observations).

1) L'amputation supra-vaginale ne doit être qu'exceptionnellement intégrée à titre systématique dans les différents temps opératoires du traitement de prolapsus (2 observations).

2) L'amputation supra-vaginale trouve son indication majeure dans le traitement des lésions cervicales associées au prolapsus.

- Le plus souvent ces lésions cervicales consistent en un allongement hypertrophique du col (32 observations). Le dépistage de cette lésion est très important lors du bilan organique du prolapsus. Une étude anatomo-pathologique des pièces opératoires a permis d'insister sur les modifications conjonctivo-vasculaires du chorion très ca-

ractéristiques des allongements hypertrophiques du col. Le traitement consiste essentiellement dans l'amputation cervicale qui dans ces 32 observations a été supra-vaginale. Cette méthode est particulièrement indiquée chez les femmes au-dessous de la quarantaine. Nous ne la rejetons pas systématiquement chez les femmes plus jeunes présentant d'importantes lésions.

- L'amputation supra-vaginale est aussi indiquée lorsqu'il existe des lésions dystrophiques cervicales associées au prolapsus. Cette amputation peut être l'occasion de dépister un épithélioma intra-épithélial inconnu (1 observation).

b) Les lésions dystrophiques cervicales importantes, rebelles aux traitements habituels peuvent être traitées par cette méthode (3 observations).

c) Nous discutons l'indication de l'amputation supra-vaginale dans le traitement des épithéliomas intra-épithéliaux (1 observation).

II) La technique de l'amputation supra-vaginale est essentiellement la même qu'il s'agisse d'amputation isolée ou associée à la cure du prolapsus. Ses différents temps doivent être minutieusement exécutés.

III) Le pronostic de ce type d'intervention est étudié :

a) En fonction de la maladie qui en a motivé l'indication :

- Il s'est révélé très favorable dans la ma-

jorité des prolapsus ainsi traités.

- Il s'est révélé excellent dans les lésions dystrophiques cervicales.

- Il s'est montré satisfaisant jusqu'alors pour les deux cas d'épithélioma intra-épithéliaux ainsi traités.

b) En fonction de l'avenir gynécologique et obstétrical de l'opérée

- Nous n'avons pas relevé d'hémorragies ultérieures, ni de sténoses, mais un cas de dyspareunie.

- Trois grossesses sont survenues chez ces opérées. Une est parvenue à terme et traitée par césarienne prophylactique. Les deux autres se sont interrompues précocement par avortement.

Nous ne pensons pas que ces deux accidents gravidiques puissent modifier ni une indication formelle de ce type d'intervention chez la jeune femme dont les lésions sont importantes, ni une stérilisation prophylactique.

-:-

Vu :

Le Président :

Signé : FUNCK-BRENTANO

Vu :

Le Doyen :

Signé : BINET

Vu et Permis d'Imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris :

Signé : Jean ROCHE

BIBLIOGRAPHIE

-:-

- I - FUNCK BRENTANO
Le problème actuel de l'épithélioma
intra-épithélial du col utérin.
(Gyné. et Obst. 1960 - 59 - I, p.5).
- 2 - FUNCK BRENTANO
Revue du praticien 1958; n°10,
p. 1031.
- 3 - FUNCK BRENTANO
Le cancer du col utérin au stade 0
et I.
57e Congrès Français de Chirurgie
Paris 1955.
- 4 - GREEN ARMYTAGE, MAXWELL, HUNTER
Les opérations de Manchester et de
Ward-Mayo dans le prolapsus utérin.
(Assises Françaises de Gynécologie
1954 à Paris) - (Expansion scienti-
fique française 1954, p.188).
- 5 - HERVET
Suites éloignées des amputations
du col pour allongement hypertro-
phique.
(Bulletin Féd.Soc.Gyné. et Obst.
1956, 8, 2, p.169).

- 6 - HERVET
Conséquences obstétricales des
différentes interventions pour
prolapsus.
(Assises franç. de Gyné. 1954,
Paris, cf.4 - p.290).
- 7 - HERVET et HUGUIER
La chirurgie du col au cours de
traitement des prolapsus génitaux.
XIXIe Congrès de la Féd. des Soc.
de Gyné. et Obst. Nancy 1961 -
Masson Paris 1961, p.51 et 61
(Biblio.complète).
- 8 - HERVET et HUGUIER
La chirurgie de l'épithélium intra-
épithélial id.p.31.
- 9 - LACOMME
Pratique obstétricale -
Masson 1960, p.1104.
- 10 - MERGER, MELCHIOR
Prolapsus génitaux.
Encyclopédie Méd.Chirur. 1960.
- 11 - MERGER
Précis d'obstétrique.
Masson 1961, p.487.
- 12 - MARGENDIE
L'amputation du col et ses associa-
tions de triple opération périnéale.
Assises Franç. de Gyné. 1954, Paris
(cf.4) p.107.
- 13 - OOR
Les séquelles obstétricales des
opérations majeures sur le col uté-
rin. Am.Journ.Obst.and Gynec.1961,
82, n°3, p.578.

- 14 - RIVIERE, MAHON, CHASTRUSSE, DUBECQ
et Coll.

Conséquences obstétricales des am-
putations du col.

Bull. Féd. Soc. Gyné. et Obst.

1960, p.575.

- 15 - SUREAU

A propos des conséquences obstétri-
cales de l'amputation supra-vagina-
le du col de l'utérus.

Maternité 1961, 10, n°6, p.225.

- 16 - ISIDOR

Note préliminaire sur les caractères
histologiques et histochimiques de
l'hypertrophie du col de l'utérus.

(Arch. d'anat.Patho.n°4, novembre
1957, pp.472-474).

SERMENT

--

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes Confrères si j'y manque !

--

